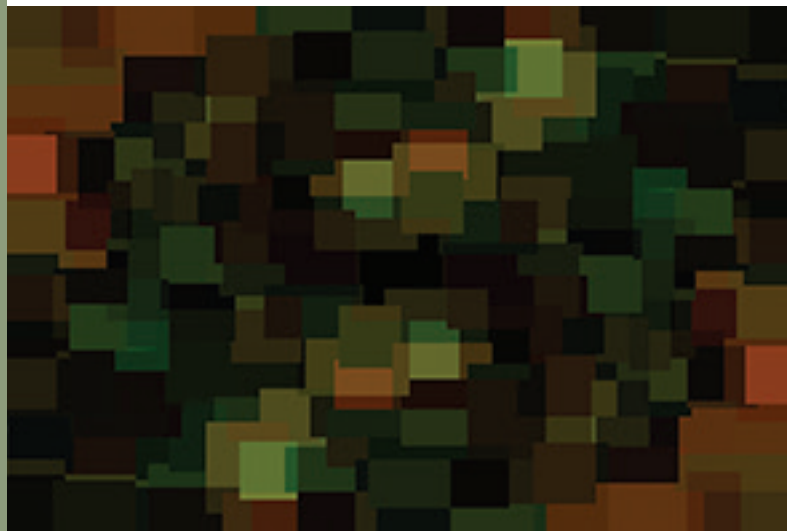


Inger Lise Skog Hansen, Maja Tofteng,
Vegard Salte Flatval og Linn Sørensen Holst

Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Fjerde statusrapport



Inger Lise Skog Hansen, Maja Tofteng,
Vegard Salte Flatval og Linn Sørensen Holst

**Evaluering av
opptrappingsplanen for rusfeltet**
Fjerde statusrapport

Fafo-rapport 2020:29

Fafo-rapport 2020:29

© Fafo 2020

ISBN 978-82-324-0577-0

ISSN 2387-6859

Omslagsbilde Colourbox.com

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
1 Innledning	11
1.1 Problemstillinger for evalueringen	12
1.2 Innholdet i opptrappingsplanen for rusfeltet.....	13
1.3 Gangen i rapporten.....	14
2 Evalueringstilnærming og metode	15
2.1 Evalueringstilnærming.....	15
2.2 Indikatorsettet	17
2.3 Kvalitative data.....	23
3 Oppfølging av opptrappingsplanen	27
3.1 Helsedirektoratets rolle som koordinator og hovedansvarlig.....	27
3.2 Dialog med de regionale aktørene.....	28
3.3 Særlige tiltak for oversikt under pandemien	29
3.4 Omfattende rapportering og anbefalinger om videre innsats	29
4 Overordnet innsats	31
4.1 Styrking av innsatsen på rusfeltet.....	32
5 Samfunnseffekter	41
6 Bruker- og pårørendemedvirkning i tjenesteapparatet	47
6.1 Brukerorientering på individnivå	51
7 Tidlig innsats	59
8 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat	63
8.1 Tilgjengelighet til tjenester i kommunene	65
9 En aktiv og meningsfylt tilværelse	76
9.1 Boligsituasjonen for personer med rusproblemer	77
9.2 Innhold i livet.....	79
10 Straffegjennomføring	82
10.1 Nedgang i soning i behandlingsinstitusjon (§ 12)	83
10.2 Økt bruk av Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND).....	83
10.3 Rusbehandling i fengslene.....	84
11 En stresstest på tjenestene	86
11.1 Kommunal mobilisering.....	86
11.2 Konsekvenser for brukerne.....	88
11.3 Bedre rustet.....	89
12 Avslutning	90
Referanser	92

Forord

2020 er det fjerde og siste året av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Fafo har i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos fulgt arbeidet med planen og presentert årlige statusrapporter. Et fundament i evalueringen er et indikatorsett utviklet for å følge utviklingen på de ulike målområdene i planen. I denne siste statusrapporten presenteres målinger på dette indikatorsettet for 2019 samt en analyse av utviklingstrendene når vi nå er i ferd med å avslutte det siste året i opptrappingsperioden.

2020 har vært et spesielt år for oss alle. Vi har vært nødt til å gjennomføre den kvalitative delen av evalueringen med digitale hjelpemidler. Vi vil rette en stor takk til informanter fra alle casekommunene som har stilt opp til intervju, denne gangen på Teams eller på telefon. Det har vært verdifullt for evalueringen å få deres vurderinger av situasjonen nå på slutten av opptrappingsperioden. Takk til rådgiverne i fylkesmannsembetene som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen vår i en travel periode. Takk også til representanter for BrukerROP, AU for opptrappingsplanen og rådgiversamlingen for fylkesmannsembetene og de regionale kompetansesentrene som har gitt oss mulighet til å presentere foreløpige resultater, og bidratt med nyttige kommentarer og innspill til slutføringen av årets statusrapport.

Evalueringen av opptrappingsplanen ledes av Fafo. Samfunnsøkonomisk analyse har hovedansvaret for oppdateringen av indikatorsettet. Dette arbeidet gjennomføres av Maja Tofteng og Vegard Salte Flatval. Ved Ipsos har Linn Sørensen Holst gjennomført en spørreundersøkelse til fylkesmannsembetene, bidratt i casestudien og hatt hovedansvaret for å skrive kapittel 10 i rapporten. Ketil Bråthen ved Fafo har bidratt i intervjuer av casekommunene. Inger Lise Skog Hansen ved Fafo leder arbeidet med evalueringen og har vært aktiv i alle deler av evalueringsarbeidet. Hun har hatt hovedansvaret for å skrive årets statusrapport.

Avslutningsvis vil vi takke Helsedirektoratet som er oppdragsgiver for evalueringen for godt samarbeid. En særlig takk til vår kontaktperson Jannicke Berg Leknes for engasjement, imøtekommenhet og interesse for evalueringsarbeidet.

Ved Fafo har Tone Fløtten lest en tidlig utgave av rapporten. Takk Tone! Som alltid har vi nytt godt av gode og konstruktive kommentarer. Sist, men ikke minst. Takk til informasjonsavdelingen ved Fafo som har hjulpet oss i havn med rapporten.

Oslo, november 2020
Inger Lise Skog Hansen

Sammendrag

Dette er den fjerde statusrapporten fra følgeevalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Evalueringen av opptrappingsplanen er både en resultatevaluering og en prosessevaluering. Det er to overordnede problemstillinger for dette oppdraget:

Har opptrappingsplanen for rusfeltet ført til at personer som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, og deres pårørende, har fått et bedre tilbud?

Er organisering av arbeidet og oppfølgingen av opptrappingsplanen med iverksatte tiltak hensiktsmessig for å nå opptrappingsplanens mål?

Denne fjerde statusrapporten er konsentrert om problemstilling én. I arbeidet med rapporten har vi konsentrert oss om å vurdere måloppnåelse på de ulike hovedområdene – og den overordnede innsatsen og effekten av opptrappingsplanen. En del av dette er også å identifisere de områdene hvor det er lav måloppnåelse og behov for å vurdere videre innsats fremover. Den siste, endelige evalueringsrapporten er planlagt å komme i mai 2021, og vil være en ren resultatevaluering.

Evalueringen av opptrappingsplanen baserer seg på et omfattende indikatorsett for å følge utviklingen på definerte målområder i planen (se Hansen, Tofteng, Flatval, Andersson, Holst & Bråthen 2018a, nullpunktsanalyse for evalueringen). I årets rapport er det en oppdatering på 75 av de 84 indikatorene. Disse indikatorene baserer seg på foreliggende data på flere områder, og som alltid vil de årlige statusoppdateringene på indikatorsettet referere til status året før, denne gangen 2019.

Utviklingstrekkene vurderes i lys av et kvalitativt materiale bestående av intervjuer med informanter i casekommunene i evalueringsperioden, intervjuer med KS, innhenting av inntrykk fra rådgiverne i fylkesmannsembetene, et dialogmøte med representanter fra Helsedirektoratets brukerråd for rus- og psykisk helse (BrukerROP), og et dialogmøte med arbeidsutvalget for opptrappingsplanen for rusfeltet.

Det er utarbeidet fem hovedmål for opptrappingsplanen:

- 1 Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
- 2 Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig.
- 3 Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
- 4 Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
- 5 Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

Det er seks departementer som står bak opptrappingsplanen for rusfeltet, men den er avgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på vegne av regjeringen, og Helsedirektoratet er gitt et særlig ansvar for å koordinere den statlige innsatsen.

Overordnet innsats

Gjennomgang av den overordnede innsatsen (tabell 4.1) viser en styrking av ressursene til kommunalt rusarbeid i perioden. Det har vært en vekst i frie midler til kommuner begrunnet med oppfølgingen av opptrappingsplanen for hvert år i løpet av planperioden. Den årlige veksten har avtatt noe utover i planperioden, men har likefullt vært positiv. Fordelingen mellom opptrapping i frie midler gjennom rammeoverføringene til kommunene og særlige satsinger på enkeltområder (øremerkede midler), synes å samsvare med det som opprinnelig ble skissert i opptrappingsplanen. Rammeoverføringene til kommunene utgjør samlet om lag 1,5 milliarder av de berammede 2,4 milliarder kroner i opptrapping. Dersom man legger regjeringens beregninger til grunn, er målet om en samlet opptrapping av ressursene på rusfeltet med 2,4 milliarder kroner innfridd i 2020.

Det har vært en vekst i antall rapporterte årsverk innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, fra 13 936 i 2016, til 16 399 i 2019. Dette tilsvarer en økning på 5,6 prosent per år. Veksten i antall årsverk har avtatt noe mot slutten av planperioden. Dette kan skyldes en mindre «opptrapping» av midler til rusfeltet og de økonomiske rammene i kommunene, men også at flere kommuner er kommet i en fase hvor nye stillinger skal innarbeides i budsjettene for å gi en varig kapasitetsøkning i tjenestene.

Opptrappingsplanen for rusfeltet inkluderte også en styrking av innsatsen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det har vært en forsiktig vekst i kostnader til TSB i løpet av årene 2017–2019 på 1,2 prosent per år, målt i 2019-NOK, men med en marginal nedgang fra 2018–2019. Det mest spesifikke målet for TSB var å videreføre «den gylne regel». Denne regelen sier blant annet at utgiftsveksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå. Vi har definert indikatoren på den gylne regel til kun å gjelde rus (TSB), avgrenset til kostnadsutvikling, og med utgangspunkt i alle regioner (nasjonalt nivå). Målet «den gylne regel» beregnet på denne måten ble verken tilfredsstillt i 2017 eller i 2018, og vurderes ikke innfridd i 2019.

Samfunnseffekter

Opptrappingsplanens hovedmål er å bedre tjenestene og tilbudene til personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Likevel er det overordnede målet med planen å bidra til å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk i samfunnet. Det er på dette tidspunkt ikke mulig å identifisere en bedring på dette området med utgangspunkt i de gitte indikatorene i evalueringen (tabell 5.1).

En indikator måler overdosetallene. Disse har ligget relativt stabilt på samme nivå i opptrappingsperioden. Vi har ikke oppdaterte tall for 2019. I forbindelse med koronapandemien i 2020 har det vært bekymring for hvorvidt situasjonen ville føre til flere overdoser. Ulike kartlegginger viser det ikke var betydelige endringer i antall registrerte narkotikautløste dødsfall i perioden med nedstengning i mars til mai 2020, men utover sommeren var det derimot en økning i antall kommuner som rapporterte om økning i antall overdoser og akutsituasjoner, sammenlignet med normalsituasjonen. Etter dette har det vært en nedgang i antall kommuner som rapporterer om dette, både i september og oktober.

Når det gjelder utviklingen i rusmiddelbruk i befolkningen, indikerer datagrunnlaget en tendens til økt rusmiddelbruk både blant yngre og eldre. Det som måles er bruk av alkohol og marihuana/hasj. Som vi har påpekt i tidligere rapporter, er dette små endringer, men en trend som har fortsatt over flere år.

Et sentralt spørsmål er om personer med rusproblemer i kommunene har fått det bedre i opptrappingsperioden? Brukerplankartleggingen i kommunene viser at halvparten av brukerne vurderes å ha en utilfredsstillende levekårssituasjon, med omfattende og – for en mindre gruppe – svært omfattende levekårsproblemer. Det er fortsatt ikke mulig å registrere noen bedring i brukernes samlede levekårssituasjon.

Hovedmål 1, økt brukerorientering

Hovedmål 1 i opptrappingsplanen er å «sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». Både det å styrke brukerinvolvering og erfaringskompetanse i tjenestene har vært fulgt opp gjennom innretting av sentrale tilskuddsordninger og forvaltningen av disse. Temaet har også vært prioritert i ulike aktiviteter i regi av regionale aktørene og i dialog med kommunene. Tabell 6.1 viser at det har vært en positiv utvikling på flere områder, ikke minst i brukernes vurdering av innflytelse og tilpasning av eget tjenestetilbud. Bildet er sammensatt, men fire hovedtrekk peker seg ut: Det er en positiv utvikling når det gjelder kommunenes egen vurdering av hvorvidt de har utviklet større brukerorientering i tjenestene. Det er en positiv utvikling også i brukernes rapportering når det gjelder innflytelse på eget tjenestetilbud / behandling. Det er derimot indikasjoner på en negativ utvikling eller mindre utvikling når det gjelder det å ha operative systemer for brukermedvirkning og innhenting av brukererfaring i kommunene. Det er ikke mulig å identifisere utvikling i kommunenes rapportering på ivaretagelse av voksne pårørende, men noe mer positiv rapportering relatert til barn som pårørende.

Hovedmål 2, tidlig innsats

Hovedmål 2 i opptrappingsplanen er å sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig. Tidlig innsats betyr ikke i denne sammenhengen nødvendigvis tidlig i alder, men i et eventuelt forløp med utvikling av rusproblemer. På dette området er det en positiv utvikling for alle inkluderte indikatorer (tabell 7.1).

Ressursene til helsestasjonene og skolehelsetjenestene har økt gjennom hele perioden. Ulike deler av den kommunale innsatsen for å kunne identifisere og følge opp barn og unge med rusmiddelproblemer, rapporteres som å være styrket i perioden. Nær halvparten av kommunene i 2019 oppgir at de har oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, som for eksempel utekontakt, i 2016 var det kun en firedel av kommunene som oppga det samme. Selv om vi her ser en positiv utvikling i kommunenes vurdering av tjenestene på dette området, er det flere i nøkkelintervjuene med kommunene som er bekymret for hvorvidt de klarer å komme i posisjon til å gi unge med rusrelaterte problemer relevant oppfølging på et tidlig tidspunkt.

Det er særlig målsettingen om tidlig innsats som illustrerer betydningen av rusfaglig kompetanse i mange deler av tjenesteapparatet, og ikke kun i de spesifikke rus- og psykiske helsetjenestene. Flere informanter tar opp betydningen av at fastlegene, hjemmetjeneste og NAV er oppmerksomme på rusproblematikk og at de kjenner til hvilke tjenester som finnes i kommunen.

Hovedmål 3, et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat

Hovedmål 3 i opptrappingsplanen er at «alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud». Dette er et svært omfattende hovedmål, som kan strekke seg

fra alle tilgjengelige tilbud og tjenester i kommunene, via sammenheng i tjenestetilbudet, til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Oversikten i tabell 8.1 viser at det i hovedsak er en utvikling i retning bedre måloppnåelse når det gjelder et mer tilgjengelig og helhetlig tjenestetilbud. Samtidig er det fortsatt variasjoner mellom kommunene, både i omfang av tjenester og tilbud.

I opptrappingsplanen er det en målformulering om å stimulere til opprettelse av flere flerfaglige oppsøkende behandlingsteam i perioden. Det har vært en økning i andel kommuner som oppgir at de har tilgang til ulike typer av oppsøkende flerfaglige team, som ACT eller FACT; fra 26 prosent i 2017, til 44 prosent i 2019.

Det er en positiv trend i kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud, men også en positiv utvikling i brukernes vurdering av kommunenes tjenester. En større andel, 54 prosent (tidligere 49) av brukerne, vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende. Det er også flere som vurderer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere eller mestre rusmiddelproblemer. Hele seks av ti vurderer i stor eller svært stor grad tjenestene de mottar som tilfredsstillende

Flere av kommunene viser til at ikke alle utfordringene på rusfeltet nødvendigvis er et spørsmål om utvikling av nye tjenester, men like gjerne om innretning av de tilbudene og tjenestene som finnes. Det kan være å tilpasse tjenestene til brukernes behov, få til større samhandling med andre aktører, eller bedre organisering av tjenestene.

Det er noen områder som peker seg ut med behov for utvikling av tilbudet. Dette gjelder først og fremst tjenestetilbudet til personer med sammensatt problematikk; som oftest personer med samtidig rusavhengighet og psykiske helseplager (ROP). Et annet tema som blir tatt opp av flere casekommuner i år, er behovet for å styrke tilbudet om oppfølging innen somatisk helse for brukergruppen.

Statusmålingen indikerer en bedring av oppfølgingen av brukere i overgangen mellom døgnbehandling og kommune, men at det fortsatt er behov for bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Hovedmål 4, en aktiv og meningsfylt tilværelse

Hovedmål fire i opptrappingsplanen er at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Vi har definert målformuleringen til å omhandle støtte til bedre livskvalitet for den enkelte, ved å bidra til en trygg bosituasjon og ulike tiltak for å kunne ha en meningsfylt tilværelse. Indikatorsettet samlet (tabell 9.1), viser større innsats og aktivitet i perioden (positiv utvikling) på dette området, men det er foreløpig ikke registrert en utvikling i retning større måloppnåelse på indikatorene for resultater for brukerne.

Kommunenes vurdering av situasjonen når det gjelder brukernes bosituasjon, viser ingen utvikling i opptrappingsperioden. 71 prosent av brukerne som kartlegges i Brukerplan vurderes å ha en tilfredsstillende bosituasjon. 58 prosent av kommunene mener de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig. Mangel på egnede boliger er en utfordring på rusfeltet i mange kommuner. En av utfordringene som fremkommer i intervjuer med kommunene er at en trygg bosituasjon ikke bare er et spørsmål om å skaffe en egnet bolig, men om i tillegg å sikre tilstrekkelige og tilpassede tjenester. Flere tar opp problemene med å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til brukere med omfattende og sammensatte behov.

Det er flere kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) er blitt mer utbredt innenfor rusarbeid. Nå oppgir nær en tredel

av kommunene at de har denne typen tilbud. Det er en positiv utvikling i andel brukere som oppgir at de har fått oppfølging for å komme i arbeid, men det utgjør likevel kun i underkant av en tredel av brukerne. Andel brukere i arbeid har stabilisert seg på 13 prosent de siste tre årene. For mange kan kanskje det å delta i arbeidslivet ligge langt frem i en bedringsprosess, men også andelen med meningsfylt aktivitet ligger stabilt lav, på 29 prosent. Når det gjelder andel med tilfredsstillende sosialt nettverk, har det vært en negativ utvikling i opptrappingsperioden. Det er kun i overkant av en firedel av tjenestemottakerne i kommunene som vurderes å ha et tilfredsstillende sosialt nettverk.

Hovedmål 5, alternative straffereaksjoner og straffgjennomføring

Opptrappingsplanens femte hovedmål er å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffgjennomføringsformer. Dette er et område hvor det i stor grad har vært en samlet utvikling mot større måloppnåelse i opptrappingsperioden. Et av de sentrale tiltakene har vært etablering av Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), som nå er etablert i hele landet og ved alle friomsorgskontorer. Antall ND-dommer har økt over tid. Et annet sentralt tiltak har vært å øke antallet rusmestringsenheter (stifinnerenheter) og styrking av fengselshelsetjenesten. Tabell 10.1. viser at det mangler oppdaterte tall for 2019 for disse to områdene, men at utviklingen i perioden har vært positiv. Andre data indikerer at flere har fått innvilget plass i rusavdelinger i fengsel i 2019. Det skjer en utvikling av tilbudet i fengselshelsetjenesten. De regionale helseforetakene og Kriminalomsorgsdirektoratet har for 2020 fått i oppdrag å utarbeide en plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Målet er at spesialisthelsetjenesten på sikt skal være fysisk til stede med personell innen psykisk helsevern og TSB i fengslene. Unntaket for positiv utvikling er indikatoren for soning i behandlingsinstitusjon (§ 12) som har gått ned i perioden. Dette kan skyldes endring i innsatte populasjonen, større tilgang til alternative straffereaksjoner, men studier viser også lang ventetid ved behandling av søknader om § 12-soninger i kriminalomsorgen og ved henvisning og vurdering av pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten.

Overordnede vurderinger

Koronapandemien har medført et betydelig press på kommunene, og en kan kanskje se pandemien og særlig nedstengningen i vår som en stresstest på tjenestene. Var kommunene tilstrekkelig rustet til å kunne klare å ivareta brukernes behov under ekstraordinære omstendigheter? Vi har ikke grunnlag for å gjøre en vurdering av hvorvidt kommunenes håndtering har vært god eller dårlig, men tilbakemeldingene fra kommunene gir noen klare indikasjoner på betydningen av å ha utviklet rusfeltet som kommunalt ansvarsområde de siste årene. Selv om pandemien har hatt store omkostninger for mange brukeres livssituasjon, ser det ut som mange kommuner besto stresstesten. De klarte å omstille seg og gi tjenester til denne brukergruppen under andre og krevende omstendigheter. Samtidig indikerer flere rapporter at kommunene som i mindre grad har utviklet tjenestetilbudet, dessverre også i mindre grad har klart å omstille seg og møte brukernes behov under andre forutsetninger. Kapasitet og kompetanse i tjenestene har betydning i krisetid.

De strategiene som kommunene beskriver for omstilling under pandemien, kan oppsummeres i fire hovedtrekk:

- Utredning av behov for å se hvilke brukere som er avhengig av at ordinært tjenestetilbud opprettholdes og hvordan dette behovet kan møtes

- Mer ambulante tjenester og tilbud, altså tjenester på andre arenaer
- Utstrakt digital oppfølging
- Mer samarbeid med andre aktører på rusfeltet

Det er ingen tvil om at selv om mange kommuner mener de har klart å gi tjenester og møte brukernes behov på nye måter, så har koronapandemien ført til at noen ikke har fått de tjenestene de har behov for og at situasjonen som sådan har påvirket brukerne. Noen av kommunene rapporterer om mer rusbruk, andre om personer som har vært rusfrie som har fått tilbakefall. Flere rapporterer om uro for brukernes psykiske helse. Det er nedstengning av sosiale aktiviteter, møteplasser og generelt samvær som ofte fremheves å ha gitt store problemer for mange.

I dialogen med brukerorganisasjonene ble situasjonen for barn som pårørende et viktig tema. En rapport fra Barn av rusmisbrukere (2020), viser at nedstengningen i vår var en særlig krevende periode for mange barn og unge med vanskelige hjemmeforhold

På bakgrunn av årets statusrapport vil vi peke på følgende områder hvor det ser ut til å være behov for oppmerksomhet fremover.

- Behov for særlig innsats for å bedre levekårene til brukere med sammensatte utfordringer og samtidig rus- og psykiske lidelser (ROP).
- Behov for økt vektlegging av systemer for innhenting av brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene, systemer for brukerinvolvering og brukervedvirkning.
- Behov for mer systematisk innsats for ivaretagelse av barn og voksne pårørende.
- Behov for økt kompetanse om rusproblematikk i ulike tjenester (som fastlege, NAV, hjemmetjeneste) for tidlig identifisering av rusmiddelproblemer og iverksettning av relevant oppfølging.
- Behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å sikre kontinuitet og helhet i tjenestetilbudet til brukerne, både i overgangen mellom døgnbehandling og kommune, og i samordnet oppfølging i kommunene.
- Behov for økt tilgang til egnede boliger for personer med rusproblemer, og særlig bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte utfordringer, og samtidig rus- og psykiske helseproblemer.
- Behov for ytterligere oppmerksomhet om oppfølging knyttet til arbeid, aktivitet og sosialt nettverk – og dette som en del av innsatsen for å bidra til bedre levekår, rusmestring, psykisk og fysisk helse hos brukerne.

1 Innledning

Dette er den siste statusrapporten fra følgeevalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Som del av evalueringsprogrammet har det tidligere blitt presentert tre statusrapporter med måling av utvikling i opptrappingsperioden (Hansen, Tofteng, Flatval, Andersson, Holst & Bråthen 2018a; Hansen, Tofteng, Holst, Flatval & Bråthen 2018b; Hansen, Tofteng, Holst, Flatval & Bråthen 2019). Våren 2021 kommer den endelige resultatrapporten fra evalueringen, med vurdering av den samlede måloppnåelsen for opptrappingsplanen.

Dette siste året av opptrappingsplanperioden har vært et spesielt år. Koronapandemien har medført store utfordringer for alle, men hatt særlige konsekvenser på noen områder. Personer med rusmiddelproblemer ble tidlig i pandemien identifisert som en sårbar gruppe. I tidligere rapporter (Hansen mfl. 2018b; 2019) har vi vist at rusfeltet er preget av utviklingsarbeid, oppbygging av kapasitet og kompetanse i kommunene. Nedstengningen i vår medførte at tjenestene måtte møte brukernes behov under helt andre rammebetingelser, og en rekke tilbud til målgruppen opphørte. Bekymringen var stor for at enkelte brukermiljøer ville være særlig utsatt for smitte og at sårbare brukere ikke ville få de tjenestene de hadde behov for. I ettertid vet vi at pandemien så langt ikke har ført til omfattende smitte i rusmiljøene. I mange kommuner var det en betydelig mobilisering for å få ut informasjon om smittevern og legge til rette for at brukerne fikk nødvendige tjenester og oppfølging innenfor nye rammer. Vi har i denne statusrapporten inkludert et eget kapittel hvor vi tar opp forhold knyttet til særlig håndteringen av nedstengningen i vår, tjenesteapparatets respons, kjennskap til konsekvenser for brukerne og eventuell lærdom fra denne perioden som kan tas med i den videre utviklingen av rusfeltet. Jevnlige kartlegginger av situasjonen i kommunene i perioden gjennomført av Helsedirektoratet og Kompetansesenter rus Oslo (KoRus Oslo 2020), viser at en stor andel av kommunene mener de klarte å møte brukernes behov, men også en tendens til at mindre kommuner i noe mindre grad var rustet til å klare denne oppgaven.

I de tidligere tre statusrapportene fra evalueringen har vi beskrevet at det har vært og er et omfattende utviklingsarbeid på rusfeltet i kommunene (Hansen mfl. 2018a; 2018b; 2019). Det er store variasjoner, men samlet har vi i tidligere rapporter vist at det har vært en opptrapping av innsats og ressurser. Vi har samtidig påpekt helt fra starten av evalueringen at det ikke er mulig å isolere effekter av opptrappingsplanen for utviklingen på rusfeltet. Opptrappingsplanen inkluderer en rekke allerede pågående initiativer og tiltak, og foregår samtidig med at det er iverksatt og startet opp nye initiativer. Fra 1. januar 2019 ble det startet opp pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. I desember 2019 la rusreformutvalget frem NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp*. Utvalget hadde fått i oppdrag av regjeringen å komme med forslag til gjennomføring av rusreformen, hvor ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Forslaget har medført mye diskusjon, og et stort antall hørings svar ble levert inn innen høringsfristen gikk ut i mai i år. Regjeringen har varslet at rusreformen vil bli lagt frem for behandling i Stortinget våren 2021. Forslaget, slik det ligger fra rusreformutvalget, innebærer krav til det kommunale hjelpeapparatet. Vi skal ikke gå

inn på alle nasjonale initiativer og tiltak i perioden, men ta med at etter mange års diskusjon, fikk Oslo universitetssykehus og Helse Bergen i år i oppdrag å gjennomføre et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. Selv om perioden for opptrappingsplanen for rus nå avsluttes, er det lite som tyder på at den nasjonale oppmerksomheten om rusfeltet vil avta.

1.1 Problemstillinger for evalueringen

Evalueringen av opptrappingsplanen er både en resultatevaluering og en prosessevaluering. Det er to overordnede problemstillinger for dette oppdraget:

Har opptrappingsplanen for rusfeltet ført til personer som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, og deres pårørende, har fått et bedre tilbud?

Er organisering av arbeidet og oppfølgingen av opptrappingsplanen med iverksatte tiltak hensiktsmessig for å nå opptrappingsplanens mål?

Denne fjerde statusrapporten vil i hovedsak være konsentrert om problemstilling én. I opptrappingsperioden har vi i forbindelse med de årlige statusrapportene også vurdert involverte aktørers arbeid og innsats for å nå målene i planen. Hensikten med dette har vært å gi innspill til ansvarlige myndigheter som grunnlag for eventuelt å korrigere innsats og tilrettelegge for styrket måloppnåelse i perioden. Dette er siste året med opptrappingsplanen, og det er nå lite behov for den typen kunnskap. Vi har derfor i arbeidet med denne rapporten konsentrert oss om å vurdere måloppnåelse på de ulike hovedområdene – og den overordnede innsatsen og effekten av opptrappingsplanen. En del av dette er også å identifisere de områdene hvor det er lav måloppnåelse og behov for å vurdere videre innsats fremover. Den siste, endelige evalueringsrapporten er planlagt å komme i mai 2021, og dette vil være en ren resultatevaluering. På grunn av den pågående koronapandemien må vi ta et lite forbehold om tidspunkt for ferdigstilling. Vi har og vil fortsatt basere våre vurderinger på en rekke data fra ulike kartlegginger og evalueringer gjennomført av andre. Det er varslet at noen av disse kan bli forsinket, og det vil kunne få konsekvenser for når det er mulig å gjennomføre den endelige resultatrapporteringen.

Årets evaluering

Evalueringen av opptrappingsplanen baserer seg på et omfattende indikatorsett for å følge utviklingen på definerte målområder i planen (se Hansen mfl. 2018, nullpunktsanalyse for evalueringen). I årets rapport er det en oppdatering på 75 av 84 indikatorer. Disse indikatorene baserer seg på foreliggende data på flere områder, og som alltid vil de årlige statusoppdateringene på indikatorsettet referere til status året før, denne gangen 2019.

For å gi innblikk i utviklingen i kommunene har vi i de årlige statusrapportene presentert omfattende casestudier fra et utvalg kommuner. Hvert år har vi hatt erfaringsamlinger med kommuner og aktører i rusfeltet, og dialogen involverte direktorat, fylkesmannsembeter og kompetansesenter. I årets statusrapport har vi, etter en vurdering sammen med oppdragsgiver for evalueringen, tilpasset datainnsamlingen med hensyn til den pågående pandemien og hvor vi er i evalueringsforløpet. Vi har fortsatt et utfyllende kvalitativt materiale for vurdering av utviklingen på rusfeltet, men denne gangen mer eksplisitt innrettet mot vurdering av utviklingen i perioden og dagens status på de ulike målområdene.

Fire forskningsspørsmål har vært førende for vurderingene i denne statusrapporten:

- a) Hvordan er utviklingen siden forrige rapport på de definerte indikatorene?
- b) I hvilken grad skjer det en positiv utvikling på definerte områder innenfor de fem hovedmålene i opptrappingsplanen?
- c) Er det noen områder hvor det er særlige utfordringer, beskjeden eller negativ mål-oppnåelse?
- d) På hvilke områder identifiserer kommuner og aktører på feltet at det eventuelt er behov for særlig oppmerksomhet fremover?

1.2 Innholdet i opptrappingsplanen for rusfeltet

Opptrappingsplanen for rusfeltet er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har et rusproblem. Opptrappingsplanen har tre innsats-områder:

- Tidlig innsats. Flere skal få hjelp før de utvikler rusproblemer.
- Behandling. Styrke kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet.
- Oppfølgingstjenester.¹ Prioritere bolig, arbeid og aktivitet.

Hovedinnsatsen i opptrappingsplanen er rettet mot kommunesektoren, hvor opptrappingsplanen slår fast at utfordringene vurderes å være størst. Likevel avhenger måloppnåelsen av innsats fra en rekke andre aktører, som spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg, frivillige og ideelle organisasjoner og andre. Innsatsen har også et uttalt mål om å bedre tilgangen til behandling, noe som helt spesifikt involverer spesialisthelsetjenesten og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Et viktig mål med opptrappingsplanen er å bidra til «en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende» (Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020:6).

Det er utarbeidet fem hovedmål for opptrappingsplanen:

- 6 Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
- 7 Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig.
- 8 Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
- 9 Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
- 10 Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

I tillegg er det definert 77 konkrete punkter som regjeringen har definert at de vil gjennomføre i løpet av planperioden (heretter kalt «regjeringen vil»-punkter). De 77 «regjeringen vil»-punktene har svært ulik form, og dette er redegjort nærmere for i grunnlagsrapporten (Hansen mfl. 2018a).

Regjeringen satte et mål for den samlede økningen i bevilgningene til rusfeltet til 2,4 milliarder kroner i planperioden 2016–2020. Det er flere statlige tilskuddsord-

¹ I opptrappingsplanen står det «Ettervern/oppfølgingstjenester», men Helsedirektoratet har gjort oss oppmerksom på at de etter en faglig vurdering ikke lenger benytter begrepet ettervern, men kun oppfølgingstjenester.

ninger som støtter opp under målene i tiltaksplanen, men hoveddelen av opptrappingen ble varslet at skulle skje ved økning i de frie inntektene til kommunene (rammeoverføringen). Veksten i finansiering av TSB kommer i tillegg til de 2,4 milliardene i opptrapping.

1.3 Gangen i rapporten

I kapittel 2 presenterer vi evalueringstilnærmingen og datagrunnlaget for rapporten. Her beskriver vi hvordan vi bruker ett sett av indikatorer for å følge utviklingen på de definerte målene i opptrappingsplanen, samt det kvalitative materialet som inngår som grunnlag for å vurderingene i evalueringen. Kapittel 3 gir en kort gjennomgang av sentrale statlige aktørers arbeid med å følge opp opptrappingsplanen. I kapittel 4–10 presenterer vi resultatene på indikatorsettet fordelt på overordnet innsats, samfunns effekter og de fem hovedmålene i planen. I kapittel 11 går vi nærmere inn på kommunenes håndtering av koronapandemien, før vi i kapittel 12 avslutter med en samlet vurdering av den samlede måloppnåelsen for arbeidet med opptrappingsplanen, og identifiserer noen områder med behov for fortsatt særlig innsats fremover.

2 Evalueringstilnærming og metode

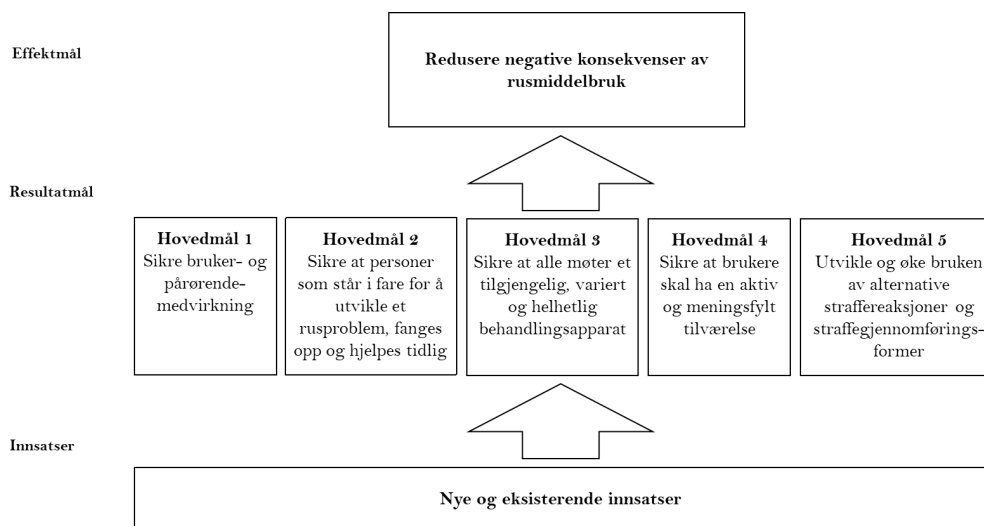
Evalueringen er, som beskrevet innledningsvis, designet som en følgeevaluering bestående av både en resultatevaluering og en prosessevaluering. Designet er utdypende beskrevet i grunnlagsrapporten (Hansen mfl. 2018a). I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av evalueringstilnærmingen, metode og data som ligger grunn for vurderingene i denne statusrapporten.

2.1 Evalueringstilnærming

Evalueringen er designet for at det skal være mulig å følge utviklingen i opptrappingsperioden på de ulike målene i planen, kunne gi statusrapporter underveis som grunnlag for å vurdere eventuelle behov for endring av innsatsen, samt en endelig resultatevaluering. Som vist innledningsvis, har evalueringen hatt to overordnede problemstillinger. En problemstilling som direkte dreier seg om planen gir de ønskede resultater (for personer som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, og deres pårørende), en problemstilling som dreier seg om innsatsen er hensiktsmessig for å nå målene (organisering av arbeid med planen og virkemidlene).

Som grunnlag for evalueringen utarbeidet vi et målhierarki for opptrappingsplanen for rusfeltet.

Figur 2.1 Målhierarki for opptrappingsplanen for rusfeltet.



I evalueringen vurderes måloppnåelse for de fem hovedmålene hver for seg og samlet, jamfør figur 2.1. De fem hovedmålene rommer også de tre spesifiserte innsatsområdene (tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølging)².

Ingen effektevaluering

Vi har tidligere understreket at følgeevalueringen ikke er en effektevaluering slik begrepet ofte brukes i evalueringsfaget. Det vil ikke være mulig å få til en stringent effektmåling av opptrappingsplanen. En effektmåling stiller store krav til data og bruk av kontrollgrupper for å dokumentere effekter og kausalitet. Opptrappingsplanen er av en slik karakter at det er vanskelig å dokumentere og isolere effekter fra de ulike innsatsene i opptrappingsplanen fra andre pågående satsinger og strategier innenfor helse- og omsorgsfeltet. En effektevaluering indikerer muligheten til å måle direkte og isolerte effekter av en gitt innsats. Innledningsvis pekte vi på at det i opptrappingsperioden har vært en rekke initiativer og tiltak som virker inn på opptrappingsplanens målområder, i tillegg til at opptrappingsplanen inkluderer en rekke tiltak og innsatser som 1) var initiert før opptrappingsplanen ble startet, og/eller 2) er forankret i andre pågående strategier og initiativer på andre områder. Følgeevalueringen er derfor mer en samlet vurdering av utvikling på de fem hovedmålene og for planen samlet sett, og en kvalitativ vurdering av opptrappingsplanens bidrag til dette.

Tilnærmingen i denne evalueringen baserer seg i stor grad på en tydeliggjøring av intervensjonslogikken som ligger til grunn for opptrappingsplanen for rusfeltet.

Intervensjonslogikken bak for opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen består, som beskrevet, av en rekke eksisterende innsatser, men også av ytterligere og forsterket innsats på noen områder. Den samlede innsatsen skal bidra til å utløse konkrete aktiviteter i tjenesteapparatet, som (ideelt sett) vil føre til en endring for brukerne og for samfunnet. Figur 2.2 illustrerer intervensjonslogikken i opptrappingsplanen.

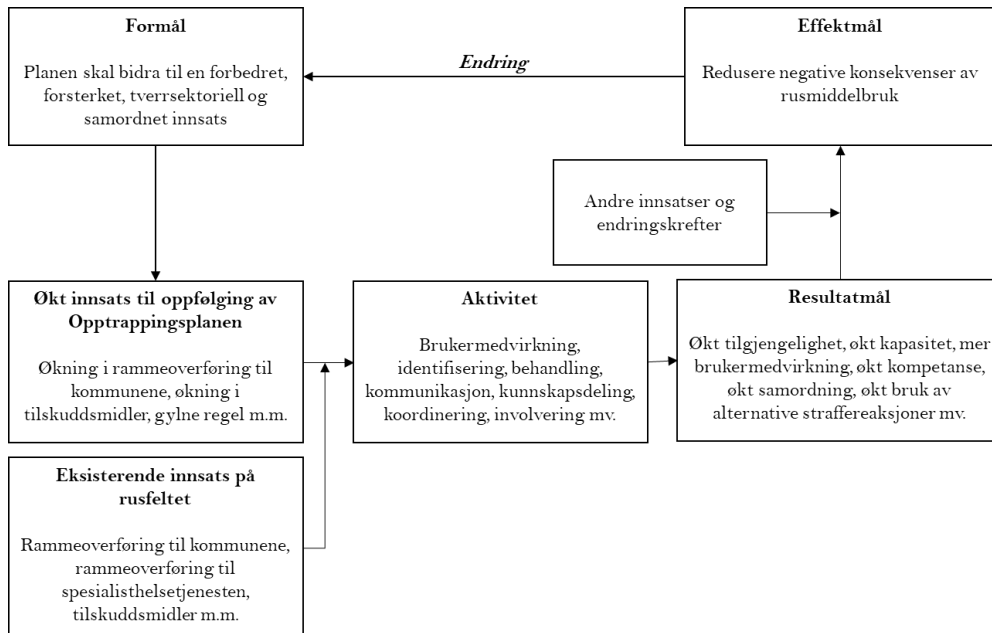
Intervensjonslogikken³ er et praktisk redskap for å synliggjøre og konkretisere antakelsene om hvordan en offentlig intervensjon fungerer, det vil si hvilken endring intervensjonen, som i dette tilfellet er opptrappingsplanen for rusfeltet, skal føre til. Når det gjelder endringer, kan vi skille mellom umiddelbare endringer eller utfall i form av resultater på spesifikke målformuleringer i planen, og effekter som mer langsiktige og samfunnsmessige endringer som planen er ment å føre til. Her illustreres også hvorfor det ikke vil være mulig å kunne identifisere klare effekter av opptrappingsplanen. Mellom resultatmål og effektmål er det i figuren en boks med «Andre innsatser og endringskrefter». Eksempler på dette er blant annet at parallelt med opptrappingsplanen for rusfeltet, pågår det et omfattende folkehelsearbeid for å forebygge rusmiddelproblemer som egentlig ikke er en del av opptrappingsplanen. Eller som vi har påpekt over, en rekke av tiltakene eller målene i opptrappingsplanen er forankret i andre strategier og tiltak. En slik strategi er Bolig for velferd, som i likhet med opptrappingsplanen for rus avsluttes i 2020, og hvor også bolig for vanskeligstilte med rusproblemer er en satsing. Andre svært relevante innsatser som er kommet

² For evalueringsformål vurderes «tidlig innsats» som en del av hovedmål 2, mens «behandling» dekkes av hovedmål 3, og «ettervern/oppfølging» dekkes av hovedmål 4.

³ Intervensjonslogikken viser sammenhengen mellom innsats, aktiviteter, resultater og effekter. Andre begreper som brukes om denne sammenhengen, er resultatkjede og forandrings-teori.

til underveis i opptrappingsperioden, er pakkeforløpene, rusreformen, ny overdosestrategi og en egen hepatittstrategi.

Figur 2.2 Overordnet intervensjonslogikk for evalueringen.



Kilde: Hansen mfl. (2018a)

Første rapport i følgeevalueringen (Hansen mfl. 2018a) anga spesifikke intervensjonslogikker for hvert av de fem hovedmålene i opptrappingsplanen. Her ble det tydeliggjort hvilke former for innsats og aktiviteter som er inkludert innenfor de ulike hovedmålene. Intervensjonslogikkene var svært viktige for å identifisere relevante indikatorer i/for evaluering av planen. I det følgende beskriver vi først indikatorsettet som utgjør et grunnelement i evaluering av måloppnåelse både på de enkelte hovedmålene i planen og samlet. Deretter presenterer vi det supplerende kvalitative materialet for vurdering av utviklingen på rusfeltet og opptrappingsplanens betydning i dette.

2.2 Indikatorsettet

Indikatorsettet er utviklet for å vurdere måloppnåelse for opptrappingsplanen. I grunnlagsrapporten redegjøres det nærmere for den omfattende prosessen knyttet til å identifisere relevante indikatorer på alle områder (Hansen mfl. 2018a). I indikatorsettet skiller vi mellom innsatsindikatorer, aktivitetsindikatorer, resultatindikatorer og indikatorer for effektmål. Indikatorer for effektmål er de vi vurderer at best belyser bevegelse i retning av reduserte skadevirkninger for samfunnet, mens resultatindikatorerne er de som best belyser bevegelse i retning av hovedmålene med opptrappingsplanen (jfr. intervensjonslogikken illustrert i figur 2.2.). Innsatsindikatorer og aktivitetsindikatorer er inkludert der det i liten grad finnes gode indikatorer på resultater og effekter, eller for å belyse innsatser og aktivitet som er særlig vektlagt i opptrappingsplanen (eksempelvis fordi de er en del av «regjeringen-vil»-punktene i opptrappingsplanen).

Indikatorsettet besto opprinnelig av 94 indikatorer. I evalueringsprosessen har det vært nødvendig å gjøre noen revideringer (se Hansen mfl. 2019:18–19). Enkelte indikatorer har vist seg å være basert på data som ikke blir oppdatert, mens andre indikatorer har vist seg mindre relevante for vår evaluering, og er i samråd med oppdragsgiver tatt ut. I denne fjerde statusrapporten består indikatorsettet av 84 indikatorer. Det er oppdaterte data for 75 av 84 indikatorer.

Indikatorsett i syv deler:

Indikatorsettet er gruppert i syv deler:

- overordnet innsats, presenteres i kapittel 4
- overordnede samfunnseffekter, presenteres i kapittel 5
- hovedmål 1 om økt bruker- og pårørendemedvirkning, presenteres i kapittel 6
- hovedmål 2 om tidlig innsats, presenteres i kapittel 7
- hovedmål 3 om et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat, presenteres i kapittel 8
- hovedmål 4 om en aktiv og meningsfylt tilværelse, presenteres i kapittel 9
- hovedmål 5 om alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene, presenteres i kapittel 10

Statusbilde 2019 og endring i perioden

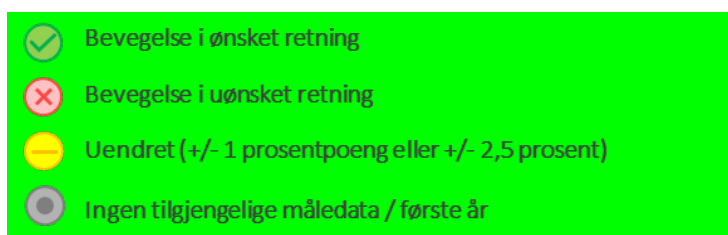
Denne rapporten gir et statusbilde på de gitte indikatorene for 2019, samt endring i opptrappingsperioden. Hver for seg og samlet gir indikatorene mye informasjon om innsatsen på rusfeltet og utviklingen i tilbud til og situasjonen for personer med rusproblemer. Oppdateringen gjør det mulig å undersøke bevegelse i retning av målene med opptrappingsplanen. Nullpunktet for evalueringen av opptrappingsplanen er 2016. Nullpunktet for majoriteten av indikatorene er følgelig 2016, men for noen av indikatorene er første tilgjengelige data fra 2017, og da er dette følgelig etablert som nullpunkt.

I det oppdaterte indikatorsettet angis verdi i 2016, 2017, 2018 og 2019 samt endringen i indikatoren for perioden samlet og for siste to år. Videre har vi gitt endringskolonnen farger etter hvorvidt indikatorene endrer seg i tråd med målene eller ikke. Fargekodingen presenteres i figur 2.3. Grønn farge anslår bevegelse i ønsket retning, det vil si utvikling i tråd med hva man ønsker og forventer med opptrappingsplanen. Der indikatoren beveger seg i uønsket retning, har vi brukt fargen rød. Indikatorer som måles som prosent (f.eks. andel kommuner som mener at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte), gis grønn eller rød dersom endringen er større enn 1 prosentpoeng. Indikatorer som måles som reelle tall (f.eks. antall årsverk eller kroner), kategoriseres som grønne eller røde ved endringer på mer enn 2,5 prosent. Indikatorer som ikke endrer seg mer enn dette, kategoriseres som gule, og må tolkes som å ikke ha endret seg i vesentlig grad siden nullpunktet. Fargebruken er ment som en hjelp for leserne fordi antall indikatorer er høyt.

Endringene er vist i skjema og også drøftet i tekst. Der måledata ikke er tilgjengelige, er endringskolonnen merket «N/A» og fargekodet i grått.

For enkelte indikatorer er det foretatt mindre endringer i rapportering eller datainnhentingsmetodikk, sammenlignet med første delrapport. Slike endringer kommenteres løpende.

Figur 2.3 Fargekoding.



Det er viktig å presisere at selv om indikatorsettet er omfattende, er det ikke uttømmende for alt som skjer på rusfeltet, eller alle aspekter ved opptrappingsplanen. Indikatorsettet strukturerer og gir overordnet informasjon om innsatsen og situasjonen på rusfeltet med utgangspunkt i et utvalg indikatorer. Det gir en oversikt over endringer i perioden etter lansering av opptrappingsplanen som det er mulig å hente ut fra et utvalg tilgjengelige kvantitative størrelser, og tolkes underveis i lys av informasjon fremkommet gjennom andre datakilder. Indikatorsettet er ikke utarbeidet eller egnet for å belyse resultater og effekten av enkelttiltak på rusfeltet. For en grundig presentasjon av vår fremgangsmåte for indikatorutvikling, se Hansen mfl. (2018a).

Datakilder

I valg av indikatorer har vi vært opptatt av å bruke de indikatorene der data er tilgjengelig og i størst grad tilfredsstillende kravene til målbarhet, relevans, objektivitet, reliabilitet og validitet. Krav til indikatorene og datakilder er nærmere beskrevet i nullpunktsanalysen (Hansen mfl. 2018 a). For å kunne følge utvikling over tid, har vi utelatt undersøkelser og studier som ikke oppdateres jevnlig (med unntak av studier av omfang av problematisk rusmiddelbruk), og konsentrert oss om indikatorer som treffer det vi ønsker å måle relativt godt, selv om datainnhenting er basert på metoder som ikke fullt ut tilfredsstillende kravene til reliabilitet og objektivitet. Resultatet av dette er at indikatorene enkeltvis må tolkes med varsomhet. Det er det samlede indikatorsettet på de enkelte målområdene og for planen som helhet, som sammen med supplerende kvalitative data legger grunnlaget for å vurdere måloppnåelse.

Indikatorsettet er basert på data fra en lang rekke datakilder. Tre datakilder står særlig sentralt og kommenteres derfor kort her.

Brukerplan

BrukerPlan kartlegger omfanget av tjenestemottakere med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. En viktig del av kartleggingen beskriver mottakernes daglige fungering langs åtte levekårsområder: boligsituasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk. Opplysningene om levekårsområdene samles også i en levekårsindeks.

Om utvalget for BrukerPlan-kartleggingene

Årsrapporten for 2019 omfatter nærmere 59 000 personer over 18 år, hvorav i overkant av 22 000 med rusproblem (med eller uten samtidig psykiske problemer). I alt inngår 257 kommuner med tjenestemottakere med rusproblemer. «Rusproblem» defineres som bruk av rusmidler på en måte som i alvorlig grad går ut over daglig fungering eller relasjoner til andre. For å inkluderes i kartleggingen må personen ha mottatt minst én av tjenestene de siste 12 månedene, uavhengig av om tilbudene er begrunnet i brukerens rusproblemer/psykiske helseproblemer eller ikke. Med andre ord

vil mennesker som ikke mottar slike tjenester, ikke bli vurdert (selv om de har et rusproblem). Basert på intervjuer med KORFOR, er det grunn til å tro at alle med moderat og alvorlig rusmiddelbruk er dekket av undersøkelsen. Siden kun brukere som har mottatt tjenester i løpet av det siste året, er med, vil porteføljen av brukere endres over tid. En svakhet med undersøkelsen frem til nå er at den i svært liten grad dekker unge⁴, og at for eksempel fastlegene i liten grad har deltatt i kartleggingen.

Tjenesteutøvernes vurdering

I undersøkelsen er det fagansvarlige som vurderer brukerne, og til tross for retningslinjer og rutiner, vil det være rom for subjektive vurderinger, misoppfatninger eller unøyaktigheter i de fagansvarliges vurderinger. Det har vært forsøk i KoRus Nord med å prøve ut at bruker og saksbehandler fyller ut kartleggingsskjemaet sammen. Dette kan være en måte å få større refleksjon om hvordan den enkelte skårer på de ulike områdene, men det vil uansett ikke fjerne at det vil være en sårbarhet for subjektive vurderinger. Veiledning og rådgivning er viktig for at kriteriene for utfylling blir tydelige.

Endringer for å kunne sammenligne mellom grupper

Fra og med 2018-kartleggingen i BrukerPlan er kategoriene for tjenestemottakere revidert med mål om å bedre kunne sammenligne tjenestemottakere med rusproblemer med mottakere med kun psykiske helseproblemer. For å gjøre dette mest mulig presist er den tidligere vektingen av tjenestemottakere med rusproblemer i levekårsindeksen fjernet. Dette gjør at vi kun kan sammenligne 2019 og 2018 når det gjelder utvikling i levekårsindeksen (se nærmere redegjørelse i Brukerplan årsrapport 2018, Helse Stavanger 2019:32).

Ikke alle kommuner kartlegger hvert år

Enkelte kommuner har valgt å delta i undersøkelsen bare annet hvert år. I slike tilfeller er data for året før lagt til grunn (eksempelvis 2018-tall dersom det ikke er rapportert for 2019). Kommunene og KORFOR vurderer endringene fra ett år til det neste som små, og har derfor vurdert denne praksisen som tilfredsstillende. Implikasjonen av at noen kommuner ikke rapporterer hvert år, er at eventuelle endringer vil rapporteres med inntil ett års forsinkelse. Det kan være gode grunner til en praksis med rapportering annet hvert år. Det er ressurskrevende å foreta kartlegginger, og en praksis med kartlegging annet hvert år kan gi kommunene tid til å jobbe med den informasjonen de får fra kartleggingen og med utviklingen av tjenestene sine som følge av denne. Samtidig skaper dette utfordringer for muligheten til å sammenligne utviklingen i situasjonen for brukerne over år.

Kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, IS-24/8

Helsedirektoratets skjema **IS-24/8 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene** er en viktig datakilde. Målingen og rapporteringen utarbeides av SINTEF (rapport for 2019, se Ose, Kaspersen, Hilland, Kalseth & Ådnanes 2019). Undersøkelsen er særlig relevant for å følge innsats i rus- og psykisk helsearbeid i kommunene og kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud.

⁴ I 2018 inkluderte BrukerPlan 230 mottakere under 18 år med rusproblemer, en økning fra 2017, hvor undersøkelsen omfattet 185 personer under 18 år med rusproblemer.

Utvalg

Undersøkelsen dekker kommunenes egne vurderinger av ressursbruk, innhold og kvalitet i tjenester rettet mot målgruppen med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. For mange av spørsmålene er det ikke mulig å isolere rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Så å si alle landets kommuner deltar i undersøkelsen, og med god kvalitetssikring er det grunn til å tro at anslagene på ressursbruk er pålitelige. Alle kommunene leverte årsverkstall i 2018, som i 2017. Spørsmålene knyttet til brukervedvirkning, innhold og kvalitet besvares ikke av alle kommunene, og svarene på disse spørsmålene vil reflektere subjektive vurderinger og må derfor tolkes med varsomhet.

Endringer over tid og konsekvenser for sammenligning

Undersøkelsen er relativt fleksibel. Nye spørsmål er tatt inn, og andre spørsmål er tatt ut de senere årene. En fleksibel undersøkelse gir gode muligheter for tilpasninger til endringer som kommunesektoren står overfor. For eksempel er det i undersøkelsen fra og med 2016 inkludert spørsmål omkring forventninger til opptrappingsplanen. Siden porteføljen av spørsmål og spørsmålsformuleringene endres over tid, er det imidlertid også mulig at enkelte spørsmål ikke kan følges over tid. I 2018 ble det gjort en endring i svarkategoriene for spørsmålet om kommunene vurderer at de sikrer brukervedvirkning i tjenesteutvikling (indikator 32). Fra å ha svarkategori ja/nei i 2017, ble dette i 2018 erstattet med graderingen i svært stor, stor, noen, i liten og i svært liten grad. Dette medfører at det ikke er mulig å sammenligne verdien på indikatoren i 2017 og 2018, og det oppgis derfor kun verdi for 2018 på denne indikatoren.

Brukertilfredshetsundersøkelsen

Som en del av evalueringsprogrammet for å følge effektene av opptrappingsplanen for rusfeltet, gjennomføres det en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse blant brukere av ulike kommunale rustjenester i tre delmålinger (2017, 2019 og 2020). Dette er den tredje omfattende datakilden i indikatorsettet. **Brukertilfredshetsundersøkelsen** (BU) er særlig relevant for å belyse flere av hovedmålene som handler om brukernes erfaringer og tilfredshet med de kommunale tjenestene innenfor rusfeltet.

Utvalg og besvarelse

I BU er det i utgangspunktet lagt opp til at brukerne selv skal fylle ut undersøkelsen, uten bistand fra andre. Dette er en styrke med tanke på å sikre at resultatene reflekterer brukernes faktiske holdninger. Til forskjell fra IS-24/8 og BrukerPlan, er ikke BU en fulltelling, men en utvalgsundersøkelse. De deltakende kommunene velges via randomisering, der det blir tatt høyde for regioninndeling (KoRus-enes nedslagsfelt – syv regioner), innbyggertall (under 5000, 5000–19 999 og 20 000+) og KOSTRA-grupper (SSBs inndelinger basert på kommunens folkemengde og økonomiske rammebetingelser). I den første undersøkelsen deltok 491 brukere fra 20 kommuner. I 2019-kartleggingen inngår 1336 brukere fra 45 kommuner. Årets brukertilfredshetsundersøkelse inkluderer et betydelig større utvalg enn tidligere. Det er verdifullt at vi i år får en ny måling av tjenestemottakeres vurdering av tjenestene og den oppfølgingen de mottar. Sammen med pasienterfaringsundersøkelsene i TSB er disse målingene svært verdifulle for å kunne identifisere eventuell utvikling i brukernes opplevelse av tjenestene og tilbudene på rusfeltet.

Begrensninger i data

Miljøene som har ansvaret for gjennomføringen av de ovenomtalte målingene og andre målinger brukt i følgeevalueringen, har vært svært hjelpelige både når det gjelder rapportering og innsyn i måle metodene som er brukt. Vi vil likevel presisere at vi bruker indikatorer og målinger slik de fremgår av andre rapporter, og at vi ikke har hatt rammer eller mandat til å kvalitetssikre dataene eller gjøre mer inngående analyser på dataene som ligger til grunn for de enkelte indikatorene.

Dataene har vært viktige i arbeidet med evalueringen, og vi merker også at det stor interesse for dataene blant aktørene på rusfeltet. Fremstillingene av dataene som del av et samlet indikatorsett for vurdering av måloppnåelse på opptrappingsplanens ulike områder, bidrar til å tydeliggjøre resultatene i en større sammenheng og i lys av andre data som brukes i indikatorsettet. Gjennom hele evalueringsprosessen har det vært stilt gode og kritiske spørsmål til deler av datagrunnlaget.

I år har det blitt tatt opp spørsmål knyttet til bruk av indikatorer fra BrukerPlan-kartleggingen for å måle utvikling over tid. Spørsmålene dreier seg i hovedsak om muligheten for å bruke levekårsindeksen utviklet på bakgrunn av BrukerPlan-kartleggingen som grunnlag for å vurdere utvikling i levekårssituasjonen for personer med rusmiddelproblemer over tid. Vi vil kommentere de ulike datakildene ytterligere underveis i rapporten, men allerede nå presisere at BrukerPlan-dataene *ikke* kan brukes til å følge utviklingen i levekår for enkeltmennesker over tid.

BrukerPlan-kartleggingene har siden de startet opp, generert et omfattende materiale om situasjonen for tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. Kartleggingen har blitt et verdifullt verktøy for mange kommuner både når det gjelder å få et overordnet bilde av brukernes situasjon og for deres arbeid med tjenesteutvikling. Slik kartleggingen gjennomføres i dag, gir den et øyeblikksbilde av brukere som mottar tjenester i kommunen dette året. Det innhentes ikke informasjon som gjør det mulig å identifisere om de som mottar tjenester på dette tidspunktet har mottatt tjenester tidligere år, eller om de er «nye» tjenestemottakere det aktuelle året. Det er derfor ikke mulig å følge brukernes situasjon over tid.

En illustrasjon av dette er levekårsindeksen som utvikles for å vise den samlede levekårssituasjonen for tjenestemottakerne. Denne levekårsindeksen gir et bilde av situasjonen for de som mottar tjenester nå, men datamaterialet gir begrenset mulighet for å analysere om det skjer en endring over tid i levekårssituasjonen for enkeltpersoner med rusproblemer i kommunene. Om det viser seg over år at det kartlegges en stor andel tjenestemottakere med svært dårlige levekår, gir ikke datamaterialet grunnlag for å kunne analysere hvorvidt det er de samme brukerne det er snakk om, eller om dette skyldes at det hvert år kommer nye svært dårlig stilte brukere inn i tjenestene, mens de som blir bedre ikke lenger er i tjenestene og følgelig ikke kartlegges. Det er altså begrenset grunnlag for å si noe eksakt om utviklingen hos de som mottar tjenester på bakgrunn av disse dataene.

Ut fra kjennskap til brukerne gjennom kvalitative studier og det faktum at gjennomsnittsalderen på brukerne som kartlegges i BrukerPlan øker år for år, antar vi, i likhet med KORFOR, at det er en stor andel brukere som mottar tjenester over flere år. Samtidig er det viktig å presisere at vi har ikke grunnlag i datamaterialet fra BrukerPlan for å etterprøve denne antakelsen. Det ville styrke den forskningsmessige verdien av BrukerPlandataene betydelig om det ble inkludert en mulighet for å følge brukerne over tid, eller en registrering av hvorvidt brukerne som kartlegges har mottatt tjenester tidligere år.

I omtale av BrukerPlan-dataene over har vi også vist til utfordringene med at noen kommuner nå velger å kartlegge annet hvert år i stedet for hvert år. Dersom BrukerPlan-dataene skal ha nasjonal verdi som grunnlag for forskning, bør det gjøres en vurdering av hvordan en kan lage systemer som sikrer at kartleggingene fra år til år kan sammenlignes. Kanskje er det mest hensiktsmessig at alle kartlegger annet hvert år.

BrukerPlan-kartleggingen gir unik innsikt i situasjonen for tjenestemottakere i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Dersom en ønsker å styrke verdien av disse dataene for bruk i forskning, bør en vurdere å kunne følge utviklingen hos brukere over tid, samt sikre muligheten for å sammenligne dataene mellom år.

Vi tolker interessen for følgeevalueringen generelt og dataene som inngår i indikatorsettet spesielt, som et uttrykk for at det er et stort behov for mer kunnskap om innretning og virkning av tiltak på rusfeltet og om utviklingen i situasjonen for personer med rusproblemer. De tre datakildene som er omtalt særskilt over, gir betydelige bidrag til dette, og det er følgelig viktig å ha en kontinuerlig oppmerksomhet om å sikre kvalitet i dataene og bidra til at de kan anvendes til forskning på feltet.

2.3 Kvalitative data

Den kvalitative datainnsamlingen i år har vært noe mindre omfattende enn tidligere. Dette skyldes delvis at det på grunn av koronapandemien ble besluttet å ikke gjennomføre omfattende casestudier, men også at vi i år ikke har gjort en egen organisasjonsstudie for å vurdere arbeidet med å gjennomføre planen hos de involverte direktoratene og regionale aktørene.

Det kvalitative materialet i denne statusrapporten er innhentet fra nøkkelintervjuer med informanter i casekommunene i evalueringsperioden, intervjuer med KS, innhenting av inntrykk fra rådgiverne i fylkesmannsembetene, et dialogmøte med representanter fra brukerorganisasjonene, et dialogmøte med arbeidsutvalget for opptrappingsplanen for rus. Utkastet til rapport har også blitt lagt frem for en samling for alle fylkesmannsembeter og kompetansesenter for tilbakemelding og innspill.

I tillegg har det vært gjennomført omfattende dokumentstudier, og vi redegjør for de mest sentrale delene av dette under.

Nøkkelintervjuer med casekommunene og KS

Det er gjennomført nøkkelintervjuer med alle de tidligere casekommunene: Vadsø, Tromsø, Trondheim, Kristiansund, Fjell (Øygarden), Sandnes, Karmøy, Horten, Østre Toten, Oslo (Velferdsetaten), bydel Gamle Oslo og bydel Sagene.

Etter dialog med Helsedirektoratet i vår, ble det besluttet at det på grunn av koronapandemien og stort arbeidspress i kommunene ikke skulle gjennomføres nye omfattende casestudier. På dette stadiet i evalueringsforløpet er det viktig å få god informasjon om vurdering av utvikling over tid og måloppnåelse. Det ble derfor besluttet å ta kontakt med alle de tidligere casekommunene.

Hensikten var å få kommunenes vurdering av situasjonen på rusfeltet i deres kommune i siste året av opptrappingsplanen, av utviklingen de siste årene (opptrappingsperioden), av betydningen av opptrappingsplanen for utviklingen i deres kommune, få vite eventuelle utfordringer de opplever nå og eventuelle områder med behov for økt innsats fremover. Informantene ble også bedt om å gi sin vurdering av kommunens oppfølging av brukerne under koronapandemien, og hvilke eventuelle grep i

forbindelse med nedstengningen som de mener kan ha relevans for utviklingen av tjenestene fremover.

Forespørsel om intervju ble rettet til enhetsledere innen rus og psykisk helse eller til kontaktpersoner i relevant tjeneste fra tidligere casebesøk i kommunen. I forespørselen ble det gjort tydelig rede for hensikten med intervjuet, og at det var frivillig å delta. Det er ikke innsamlet personopplysninger. I henvendelsen ble det presisert at deres innspill og erfaringer vil inngå i en samlet analyse av utviklingen på ulike områder i opptrappingsplanen og at beskrivelser fra deres kommune vil kunne inngå som illustrasjoner fra kommune-Norge der det er relevant.

Intervjuene ble gjennomført på telefon eller Teams. Intervjusamtalene fulgte en intervjuguide, og varte om lag 30–60 minutter.

For å supplere inntrykket fra casekommunene ble det også gjennomført intervju med to informanter fra KS. Dette var personer som i perioden har hatt et sentralt ansvar for rus- og psykisk helsearbeid i organisasjonen. Intervjusamtalen med disse to informantene fulgte de samme temaene som intervjuene med kommunene, men ble innrettet med utgangspunkt i KS' erfaringer fra dialog med kommunene gjennom sine kanaler.

Dialogmøte med brukerorganisasjoner

For å få brukerorganisasjonenes vurdering av situasjonen på rusfeltet og de ulike målområdene i opptrappingsplanen, inviterte vi seks av organisasjonene i Helsedirektoratets BrukerROP til et digitalt dialogmøte. Tidligere år har vi gitt en presentasjon for Helsedirektoratets brukerråd for rus- og psykisk helse (BrukerROP) før ferdigstilling av den årlige statusrapporten. Etter statusmøte med Helsedirektoratet ble vi enige om å heller ha et digitalt dialogmøte med et mindre utvalg denne gangen. Dette var delvis av hensyn til smittevern, dels for å kunne tilrettelegge for mer dialog enn når vi tidligere har holdt en presentasjon for hele utvalget. Fire organisasjoner deltok i møtet: A-larm, Ivareta pårørende berørt av rus, Barn av Rusmisbrukere og MAR-BORG.

I invitasjonen til møtet ble deltakerne bedt om å forberede seg på dialog om hovedsakelig tre tema:

- Status nå – med særlig henblikk på målområde én, bruker- og pårørendeinvolvering.
- Utfordringer på rusfeltet – hvor er det eventuelt behov for fortsatt statlig innsats?
- Hvordan gikk det under nedstengningen i forbindelse med koronapandemien, og hva kan vi eventuelt lære fra erfaringene i vår?

Deltakerne fikk tilsendt en presentasjon slik at de hadde mulighet til å reflektere over funn og utviklingstrekk på forhånd. Møtet ble lagt opp slik at prosjektleder for evalueringen først presenterte hovedtrekkene fra årets statusrapport, deretter var det en dialog om dette. Dialogen ga viktige innspill til det videre arbeidet med rapporten.

Arbeidsutvalget for opptrappingsplanen og rådgiversamling for regionale aktører

I oktober ble det gjennomført et digitalt dialogmøte med arbeidsutvalget (AU) for opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette utvalget ledes av koordinator for opptrappingsplanen i Helsedirektoratet og består ellers av representanter for relevante avdelinger i direktoratet, representanter for regionalt kunnskapssenter for barn og unge

(RKBU/RBUP), de regionale ressursstrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og de regionale kompetansesentrene rus (KoRus), en representant for de regionale helseforetakene (RHF) innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og representanter fra fem fylkesmannsembeter. Som grunnlag for dialog la Fafo frem hovedtrekkene i statusrapport fire.

Det ble innspill på flere deler av rapporten. Blant annet ble det en dialog om innrettingen av BrukerPlan-kartleggingen og mulighetene for å bruke disse dataene som grunnlag for vurdering av utviklingen i levekårssituasjonen for personer med rusproblemer. Denne tematikken ble fulgt opp i et eget møte med KORFOR. Andre temaer som ble tatt opp i AU var mulighetene for å kunne si noe om situasjonen for unge som mottar behandling innenfor barnevernet, betydningen av brukererfaringsundersøkelsene som datagrunnlag, og refleksjoner omkring utviklingen i samhandling mellom TSB og kommunene.

Foreløpige resultater fra årets rapport ble som i tidligere år lagt frem på den årlige samlingen for rådgivere ved fylkesmannsembetene og de regionale kompetansesentrene. Denne samlingen ble i år arrangert digitalt 28.9.2020. Det var en forberedt kommentar fra KoRus Vest Stavanger og Fylkesmannen i Rogaland. Denne kommentaren tok blant annet opp hvordan disse sammen har arbeidet med å bidra til faglig utvikling på rusfeltet i fylket. De tok opp særlig arbeidet med å styrke brukerorientering i tjenestene og deres samarbeid med KS om et eget kommunenettverk på Recovery.

Møtene med AU og rådgiversamlingen har gitt viktige bidrag i de avsluttende vurderingene som presenteres i denne rapporten.

Spørreundersøkelse til fylkesmannsembetene

Ipsos har høsten 2020 gjennomført en webbasert spørreundersøkelse blant rusrådgivere ved fylkesmannsembetene. Formålet med undersøkelsen har vært å få et overordnet inntrykk av hvordan fylkesmannsembetene vurderer situasjonen i fylkene med hensyn til målene i opptrappingsplanen for rusfeltet, vurderinger knyttet til overordnet innsats/effekter i planperioden og hvor det eventuelt bør være prioritert innsats fremover. Undersøkelsen inneholdt en blanding av spørsmål med prekodete svar og åpne spørsmål med mulighet for utdypning.

Undersøkelsen ble sendt ut per e-post til 15 rusrådgivere ved landets ti fylkesmannsembeter. Vi fikk svar fra ti rusrådgivere, som dekker åtte av ti embeter. De to embetene som ikke besvarte undersøkelsen, meldte fra om at årsaken var at de opplevde at det var svært vanskelig å gi en samlet vurdering for kommunene i fylket, og at det å gi utfyllende svar ville være for tidkrevende. Også andre rådgivere som besvarte undersøkelsen har meldt tilbake at det var krevende å besvare den, der det var lagt opp til en samlet vurdering av utviklingstrekk i kommunene. De fleste har likevel valgt å svare, og de to fylkene som ikke sendte inn svar, har hatt en dialog om utviklingen i sitt fylke med en av forskerne i evalueringsteamet.

Dokumentstudier

Vurderingene som presenteres i denne rapporten, bygger også på en rekke dokumentstudier og gjennomgang av relevante evalueringer og rapporter fra ulike satsinger og tiltak på rusfeltet. Vi har, som i tidligere år, hatt stor nytte av Helsedirektoratet og de øvrige direktoratene med ansvar for opptrappingsplanen for rus sin egen rapportering fra arbeidet med planen. Denne rapporten er todelt; en gjennomgang av alle tiltak i planen og en mer omfattende beskrivelse og vurdering av de ulike målområdene.

I år avga Helsedirektoratet en egen status med anbefalinger til videre satsing etter planperioden på alle områdene i planen (Helsedirektoratet 2020). Statusrapporten inkluderte også en samordnet felles rapportering fra involverte direktorater på tre innsatsområder:

- Tidlig innsats – Barn og unge og deres familier (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet)
- Bolig og tjenester i bolig (Helsedirektoratet og Husbanken)
- Arbeid og meningsfull aktivitet (Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet)

Møter med oppdragsgiver

Det har i evalueringsperioden vært regelmessig dialog med ansvarlig rådgiver for opptrappingsplanen for rus i Helsedirektoratet. Det ble i vår arrangert et møte med dialog om innretning av årets rapport, relevante data og rapporter som kan være aktuelle for evalueringen, samt pågående prosesser i direktoratet. Etter ønske fra Helsedirektoratet ble det utarbeidet en foreløpig fjerde statusrapport som ble oversendt direktoratet i mai. Dette skyldtes et ønske om ha denne tilgjengelig for arbeidet med neste års statsbudsjett.

3 Oppfølging av opptrappingsplanen

Det siste året i opptrappingsperioden har vært preget av helt særlige omstendigheter. I mars 2020 traff koronaviruspandemien (covid-19) Norge. Dette har selvsagt preget arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet. I dette kapitlet vil vi kort se på hva de statlige aktørene bidrar med når det gjelder gjennomføring av opptrappingsplanen for rusfeltet. Vi har, som redegjort for innledningsvis, i år ikke gjennomført en egen organisasjonsstudie eller vurdering av arbeidet med å nå målene i planen. Denne rapporten er konsentrert om måloppnåelse så langt. En kort beskrivelse av de statlige aktørenes arbeid med planen er likevel nødvendig som bakgrunn for de påfølgende kapitlene. Dette betyr at vi ser på Helsedirektoratets rolle som koordinator, de regionale aktørenes aktivitet og særlige innrettinger i forbindelse med koronapandemien.

3.1 Helsedirektoratets rolle som koordinator og hovedansvarlig

Det er seks departementer som står bak opptrappingsplanen for rusfeltet, men den er avgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på vegne av regjeringen, og Helsedirektoratet er gitt et særlig ansvar for å koordinere den statlige innsatsen. I tillegg til Helsedirektoratet har Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet selvstendig ansvar for gjennomføring av enkelte tiltak i planen og for å bidra til å nå målene. I den første statusrapporten viste vi at Utdanningsdirektoratet tidlig valgte ikke å inngå i direktoratenes samarbeidsforum for å følge opp planen (Hansen mfl. 2018a). I de følgende rapportene har vi vist at det har vært vanskelig å få til en aktiv felles innsats mellom direktoratene for å nå målene i planen, og at de enkelte direktoratene i liten grad har hatt noe mandat fra eget departement om å inngå i denne typen samordnet innsats (Hansen mfl. 2019:31–32).

Dette gjenspeiler også selve innrettingen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Planen er i stor grad en sammenstilling av en rekke ulike tiltak og initiativer som allerede er pågående og forankret i ulike direktoraters arbeid, strategier og planer. I løpet av prosjektperioden har derfor Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale aktørene tatt et større ansvar for helheten i opptrappingsplanen, og en koordinatorrolle for å ha oversikt og rapportere på ulike involverte direktoraters oppfølging av enkelttiltak (se også Hansen mfl. 2019:29–30). Det er selvsagt mye samarbeid mellom direktoratene på ulike områder – det som i løpet av prosjektperioden er blitt faset ut, er ambisjonen om et felles tverrdirektoralt samarbeid med egne møter for å følge opp den samlede innsatsen for å nå målene i opptrappingsplanen. I mange av enkelttiltakene i opptrappingsplanen er flere av direktoratene involvert, og dette følges opp og gjenspeiler seg i den koordinerte rapporteringen på opptrappingsplanen. Dette kommer vi tilbake til under.

I oppfølging av opptrappingsplanen har Helsedirektoratet styrket den interne samordningen av innsatsen og også rapportert om en sterkere lederforankring og prioritering av arbeidet med planen i direktoratet (Hansen mfl. 2019:29).

Oppfølgingen av planen har i økende grad gjennom opptrappingsperioden skjedd i dialog med de regionale aktørene, og da med Arbeidsutvalget (AU) for opptrappingsplanensom et viktig forum.

3.2 Dialog med de regionale aktørene

Arbeidsutvalget (AU) for opptrappingsplanen ble initiert i 2018 og er et viktig møte-sted mellom Helsedirektoratet og representanter for de regionale aktørene. AU ledes av koordinator for opptrappingsplanen i Helsedirektoratet, og består av representanter for relevante avdelinger i direktoratet, representanter for kompetansesentrene RKBU, RVTS og KoRus, en representant for TSB, samt fem fylkesmannsembeter. I prosjektperioden har evalueringsteamet vært flere ganger inne i dette forumet for å legge frem status på de ulike målområdene i planen og drøfte utviklingstrekk. AU har blitt en viktig arena for innblikk i situasjonen på rusfeltet og for pågående aktivitet i regionene. Etableringen av AU for opptrappingsplanen og de årlige felles rådgiver-samlingene for fylkesmannsembetene og kompetansesentrene har bidratt til felles retning, erfaringsutveksling og oppmerksomhet om utviklingsarbeid på rusfeltet i regionene. I statsbudsjettet for 2021 ser vi at denne strukturen for samordning av statlig innsats og dialog mellom statlige og regionale aktører videreføres for andre satsinger innenfor psykisk helse og rus.

De regionale aktørene har spilt og spiller en avgjørende rolle i gjennomføringen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Også dette årets nøkkelintervjuer i kommunene peker på betydningen av innsatsen fra fylkesmannsembetene. Gjennomgangen av årsrapporteringene fra fylkesmannsembetene og planene for 2020 illustrerer at det nå er målrettet aktivitet i alle embedene for å følge opp opptrappingsplanen for rusfeltet. Som vi har påpekt tidligere, er det variasjoner. Alle embedene følger opp opptrappingsplanen gjennom tilskuddsforvaltning, men øvrig aktivitet utover dette varierer betydelig. Likevel ser det ut som at flere har ulike aktiviteter som skal bidra til økt kompetanse og til utvikling av tjenestetilbudet i kommunene. Det er mye samarbeid med KoRus-ene og også de øvrige kompetansesentrene.

Spørreundersøkelsen til rådgiverne i fylkesmannsembetene viser at mange vurderer at innsatsen i opptrappingsperioden har hatt særskilt betydning for utbygging og etablering av FACT-team⁵ og for kapasitetsøkningen i kommunalt rusarbeid. Andre ting som nevnes, er økt fokusering på brukermedvirkning og erfaringskompetanse i tjenestene og at rusområdet i større grad inngår som en del av det helhetlige tjenestetilbudet i kommunene. Rusrådgiverne ble bedt om å oppgi hvilke tiltak eller aktiviteter fra eget fylkesmannsembete som de vurderer har hatt størst betydning for å styrke innsatsen i kommunene. Flere rusrådgivere trekker frem embedets rolle i etableringen av FACT-team, forvaltning av tilskudd og tett dialog med kommunene og spesialisthelsetjenesten. Noen tar også opp betydningen av ROP-tilsyn (landsomfattende tilsyn fra Helsetilsynet med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem), og hvordan tilsynet har ført til større oppmerksomhet om denne målgruppen. Noen tar opp drift av rusforum eller andre typer av nettverk. I forrige kapittel viste vi et eksempel på det siste, med et eget recovery-nettverk blant

⁵ Flexible Assertive Community Treatment (fleksibel aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet).

annet initiert av fylkesmannen i Rogaland og KoRus vest Stavanger. Et vesentlig poeng i fylkesmannens beskrivelse av dette nettverket var det å kunne bidra til at det ble arbeidet systematisk med endringsarbeid, og at samarbeidet med KS og deres mål for kommunenettverk har vært viktig for å sikre en sterk forankring av endringsarbeidet i kommunene.

For alle fylkesmannsembetene og kompetansesentrene er de fleste aktiviteter i 2020 blitt påvirket av covid-19-pandemien.

3.3 Særlige tiltak for oversikt under pandemien

I Helsedirektoratet ble det tidlig iverksatt tiltak for å ha oversikt over utviklingen på rusfeltet. Direktoratet sendte fra slutten av mars ut en spørreundersøkelse til kommunene om situasjonen. Denne ble i første omgang distribuert til overdosenettverket i direktoratet, men etter hvert ble kartleggingen overtatt av Kompetansesenter rus Oslo (fra uke 16), antallet kommuner ble utvidet og undersøkelsen distribuert via flere kanaler (KoRus Oslo 2020). Vi kommer tilbake til denne kartleggingen i kapittel 11. Kartleggingen inkluderte blant annet anbefalinger om hvor det var behov for særlig innsats som følge av den pågående pandemien.

Helsedirektoratet etablerte også tett dialog med sitt eget- bruker- og pårørendeutvalg for rus- og psykisk helse (BrukerROP). Hensikten var å få bedre innblikk i hvordan pandemien påvirker rusmiljøene og situasjonen for brukerne.

3.4 Omfattende rapportering og anbefalinger om videre innsats

Helsedirektoratets koordineringsrolle for opptrappingsplanen for rusfeltet inkluderer et betydelig rapporteringsansvar. Helsedirektoratet leverte i april en felles rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet på alle tiltak i planen (73 tiltak). Denne oversikten over status på alle tiltakene/regjeringen vil-punkter, er en samlet rapportering fra alle direktorater og aktører som er ansvarlig for de enkelte tiltakene. Det inkluderer Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet og Husbanken, samt eksempelvis også de regionale helseforetakene.

For Helsedirektoratet har 2020 også vært et år for å gi anbefalinger om den videre innsatsen etter opptrappingsplanen for rusfeltet. Fafo leverte etter bestilling fra direktoratet en foreløpig statusrapportering i mai, og denne har direktoratet kunnet anvende i sin rapportering og i sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med statsbudsjettet for 2021. I juni leverte Helsedirektoratet (2020) en omfattende kvalitativ rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet på opptrappingsplanen for rusfeltet, med anbefalinger for alle områdene og for samarbeidet med de regionale aktørene fremover. Rapporten inkluderte også en samordnet rapportering fra involverte direktorater på tre innsatsområder:

- Tidlig innsats – Barn og unge og deres familier (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet)
- Bolig og tjenester i bolig (Helsedirektoratet og Husbanken)
- Arbeid og meningsfull aktivitet (Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet)

Rapporten gjenspeiler dialog med og innspill fra andre involverte direktorater, men i særdeleshet de regionale aktørene. Både fylkesmannsembetene og KoRus-ene har

gitt innspill på områder som bør følges opp med videre tiltak etter at opptrappingsperioden er ferdig. Dette dokumentet inngår i datagrunnlaget for denne rapporten, selv om vi ikke gjengir alle anbefalinger og vurderinger.

4 Overordnet innsats

I dette kapitlet ser vi på den overordnede ressursinnsatsen som er allokert for å nå målene i opptrappingsplanen for rusfeltet. I planen satte regjeringen et mål om en opptrapping på 2,4 milliarder kroner i overføring til kommunene gjennom ramme, tilskudd og spesifikke satsinger. Utviklingen innenfor TSB kommer i tillegg til dette. Det er vanskelig å gi et eksakt mål på den samlede offentlige innsatsen på rusfeltet, og ekstra vanskelig å kunne identifisere hvor mye av denne innsatsen som kan knyttes til opptrappingsplanen. For å følge ressursutviklingen på området har vi definert åtte indikatorer, som samlet gir en indikasjon på ressursinnsatsen for å nå målene i planen. I dette kapitlet viser vi først en tabell med utviklingen på disse indikatorene (tabell 4.1), før vi gir en vurdering av utviklingen i lys av andre foreliggende data og intervjuer med kommunene.

Tabell 4.1 Overordnet innsats, fjerde statusmåling*.

# Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
						2018-2019	2016-2019
1 Vekst i frie midler til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen). Mill. 2019-kroner	Kommuneproposisjonen	434	314	309	200		
2 Ytterligere tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen)	Statsbudsjettet HOD kap. 765	288	283	190	156		
3 Samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid. Mill. 2019-kroner. Saldert	Statsbudsjettet HOD kap. 765	2 124	2 181	2 214	2 252	1,7 %	2,0 %
4 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid	IS-24/8	13936	14633	15894	16399	3,2 %	5,6 %
5 Kostnader til TSB, ekskl. pensjon, kapital og legemidler. Ekskl. MVA. Mill. 2019-kroner**	SAMDATA		4 711	4 836	4828	-0,2 %	1,2 %
6 Vekst i kostnader til TSB som andel av vekst i kostnader til somatikk. Alle regioner, totalt. Gylne regel***	SAMDATA	1,9	0,9	1,0	0,5		
7 Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for økte midler til kompetanseheving på rusområdet	IS-24/8	N/A	21%	27%	19%	-8,0 %	-1,0 %
8 Samlede driftskostnader til FoU (rusmiddelforskning) i kroner i helseforetak. Mill. 2019-kroner	NIFU	60	76	N/A	84	N/A	10,8 %

Dersom verdi ikke er tilgjengelig for 2016, beregnes vekst fra 2017.

*For indikatorer der måleenheten er kroner brukes faste 2019-NOK.

** For kostnader til TSB oppgis kun data fra og med 2017, da årene før er rapportert inkluderer MVA. Kostnader er omregnet til faste priser på bakgrunn av årlig konsumprisindeks. Årene 2017–2019 vil være beregningsgrunnlaget i kolonnen lengst til høyre.

***Dersom kostnader til TSB samlet for alle regioner vokser raskere enn tilsvarende utgifter til somatikk vil indikator 6 ha en verdi over 1, og målet om den gylne regel slik den er definert her innfris. Verdi under 1 tilsier at målet ikke innfris. Datagrunnlaget er revidert i perioden, årets måling er følgelig revidert i henhold til dette.

De to første indikatorene viser vekst i rammeoverføringer til kommunene og spesifikke tiltak som regjeringen direkte kobler til oppfølgingen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Disse to indikatorene gir grunnlag for vurderingen av hvorvidt målet om en opptrapping på 2,4 milliarder kroner i perioden tilfredsstilles. Vi kommer nærmere tilbake til dette nedenfor. Indikator 3 og 4 gir et bredere bilde av overføringen til den kommunale innsatsen på rusfeltet, men inkluderer også psykisk helsearbeid og vold, og med det aktiviteter som er relatert til rusfeltet, men ikke nødvendigvis direkte knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet. Indikator nummer 5 og 6 gir et bilde av eventuell opptrapping innen TSB, mens de to siste indikatorene gir et bilde av kompetanseutvikling. Vi vurderer utviklingen på de ulike innsatsområdene nedenfor.

4.1 Styrking av innsatsen på rusfeltet

Oversikten i tabell 4.1 indikerer en styrking av ressursene til kommunalt rusarbeid i perioden. Det har vært en vekst i frie midler til kommuner begrunnet med oppfølgingen av opptrappingsplanen for hvert år i løpet av planperioden, jf. indikator 1. Den årlige veksten har avtatt noe utover i planperioden, men har likefullt vært positiv. I tabell 4.1 vises veksten i frie midler til og med 2019, men også for 2020 ble det lagt til grunn en vekst i frie midler (150 millioner kroner i 2020-NOK). Vi kommenterer dette nærmere i forbindelse med figur 4.1. Øremerkede og statlige bevilgninger til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid over kap. 765⁶ har også økt i perioden, fra 2,12 milliarder kroner i 2016 (2019-NOK) til 2,25 milliarder kroner i 2019 (i 2019-NOK), noe som tilsvarer en vekst på 2 prosent per år (indikator 3). Denne budsjettposten omfatter en rekke innsatser knyttet til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, og har fra 2020 også inkludert området vold. Posten dekker noen av tiltakene som regjeringen knyttet til opptrappingsplanen på rusfeltet (indikator 2), men også en rekke andre tiltak. I denne posten ligger eksempelvis tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid og tilskudd til utvikling av tilbud til mennesker med behov for langvarig og sammensatt oppfølging. Disse to tilskuddsordningene er sentrale for mange kommuner. Midlene kommer i tillegg til det som kommunene bruker av frie midler på området. I posten kommunalt rus- og psykisk helsearbeid ligger også tilskuddsordninger for ideelle og frivillige aktører som driver aktivitetstilbud.

Kartleggingen av kommunalt rus- og psykisk helsearbeid viser at veksten i øremerkede bevilgninger (og vekst i frie midler) er blitt fulgt av en vekst i antall årsverk (IS-24/8, se indikator 4). Vi kommer tilbake til dette, men vil først se nærmere på målet om 2,4 milliarder i opptrapping i perioden.

Målet om 2,4 milliarder i opptrapping

Regjeringen varslet at opptrappingsplanen skal gi en vekst i samlede bevilgninger til rusfeltet på 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020 (sammenlignet med 2015). Bevilgninger til TSB er holdt utenfor dette. Indikator 1 og 2 viser veksten år og for år, fordelt på henholdsvis vekst i frie midler til kommuner og i andre tverrdepartementale satsinger. I figur 4.1 viser vi opptrappingen i midler år for år i opptrappingsperioden frem til 2020, fordelt på vekst i frie midler til kommunene (indikator 1) og andre tverrdepartementale satsinger begrunnet med opptrappingsplanen, inklusive den boligsosiale innsatsen (indikator 2). Den boligsosiale innsatsen som inngår i in-

⁶ Indikator 3: samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse, rusarbeid og vold (fra 2020 inkludert vold).

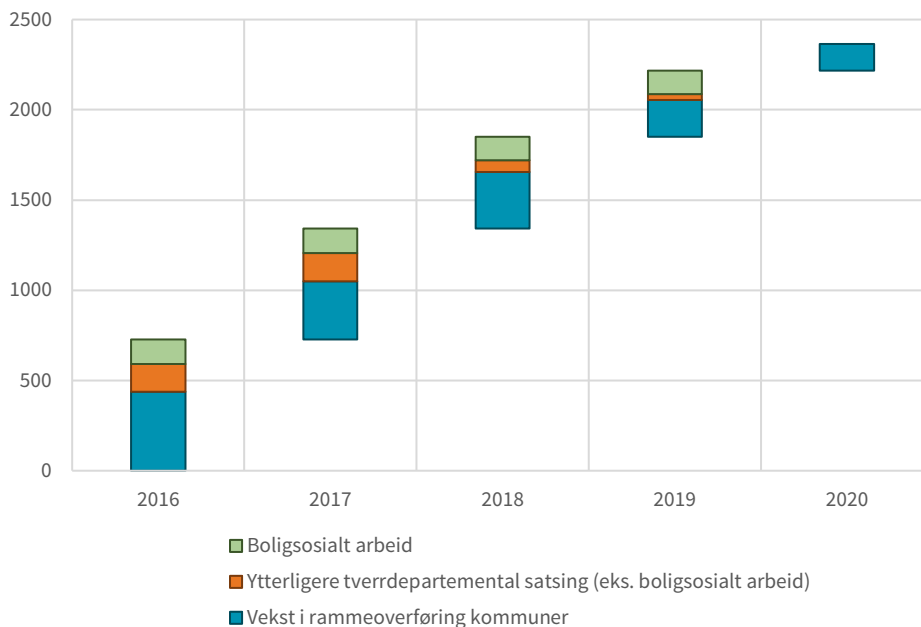
dikator 2 er markert særlig i figuren. Som omtalt i forrige statusrapport, ble det formidlet i Helse- og omsorgsdepartementets statsbudsjettforslag (Prop 1 S) for 2020 at Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) hadde foretatt en gjennomgang som viste at det har vært en større vekst i innsatsen knyttet til bolig for personer med rusproblemer fra Husbanken i opptrappingsperioden, enn det de tidligere har oppgitt (Hansen mfl. 2019:67). I regjeringens redegjørelse for bevilgninger knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet ble de tidligere oversiktene endret, ved at det ble lagt inn totalt 500 millioner kroner i planperioden innenfor det boligsosiale området. Dette er midler bevilget gjennom tilskudd til utleieboliger og investeringstilskudd til omsorgsboliger for målgruppen. Dette er i figur 4.1 fordelt slik at det beløper seg til 125 millioner kroner hvert år i opptrappingsperioden.

I 2019 var det en økning i rammeoverføring til kommunene begrunnet med opptrappingsplanen for rus på 200 millioner kroner (indikator 1). Den samlede tverrdiratorale innsatsen begrunnet med opptrappingsplanen for rus beløper seg til totalt 156 millioner kroner (indikator 2). Utover den boligsosiale innsatsen vi har redegjort for over, inkluderte dette 11 millioner kroner til forsøk med avrusningsenheter i fengsel, og 20 millioner kroner til å øke antallet tiltaksplasser for personer med rusproblemer.

I 2020 ble 150 millioner kroner av veksten i frie midler til kommunene sett i sammenheng med opptrappingsplanen (indikator 1), mens det var ingen ytterligere satsinger dette året som spesifikt ble knyttet til opptrappingsplanen for rus. Oversikten viser at regjeringen ved denne beregningen innfrir målet om en samlet opptrapping på 2,4 milliarder kroner.

I figur 4.1 vises den årlige og akkumulerte veksten som regjeringen knytter til arbeidet med oppfølgingen av opptrappingsplanen.

Figur 4.1 På vei mot målet om opptrapping på 2,4 mrd. i 2020-NOK.



Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse AS basert på Prop. 1 S (2018–2019) og Prop. 1 S (2019–2020), begge tilrådingene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Da opptrappingsplanen ble lansert, skisserte regjeringen en rekke tiltak som skulle prioriteres i planperioden, og estimerte beløp for særlig opptrapping knyttet til disse tiltakene. Ett av tiltakene var å bidra til at flere rusavhengige får et sted å bo, og dette var, i likhet med det vi ser at KMD har estimert, satt til 500 millioner kroner. I forrige rapport gjorde vi rede for at vi ikke har grunnlag for å vurdere hvor mye av dette beløpet som kan tilskrives en reell merbevilgning til området. Vi har ikke lyktes med å få sammenlignbare tall for perioden før 2016 for å kunne vurdere opptrapping av innsatsen i lys av hva som har vært brukt på dette området tidligere. Samtidig er det ingen tvil om at det har vært en betydelig innsats med hensyn til bolig for personer med rusproblemer i perioden, og dette har vært et prioritert område i den parallelle strategien Bolig for velferd (2014–2020). Vi må likevel bemerke, som vi vil komme tilbake til, at dette er et område hvor flere kommuner erfarer betydelige utfordringer.

Slik målet om opptrapping på 2,4 milliarder kroner er formulert, er det vanskelig å «etterprøve» eksakt annet enn opptrappingen i de frie midlene (rammebevilgningene) til kommunene. Mange av de øvrige satsingene ligger i initiativer og ordninger som allerede inkluderer innsats overfor målgruppen, og det er ikke umiddelbart enkelt å skille ut eller isolere hva som helt spesifikt kan knyttes til en *merbevilgning* relatert til opptrappingsplanen for rusfeltet. I likhet med spesifisering av ressursinnsats for bolig til personer med rusproblemer, var det i opptrappingsplanen også en spesifisering av en innsats på 75,5 millioner kroner for å øke antall tiltaksplasser for dem med nedsatt arbeidsevne, en spesifisering av innsats for å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer (93 millioner kroner), en spesifisering av innsats for å åpne mottakssenter i de største byene og utbygging av oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT, lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO og lavterskel tilbud etter modell av Gatehospitalet (100 millioner kroner), og for økt kompetanse på rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (100 millioner kroner).

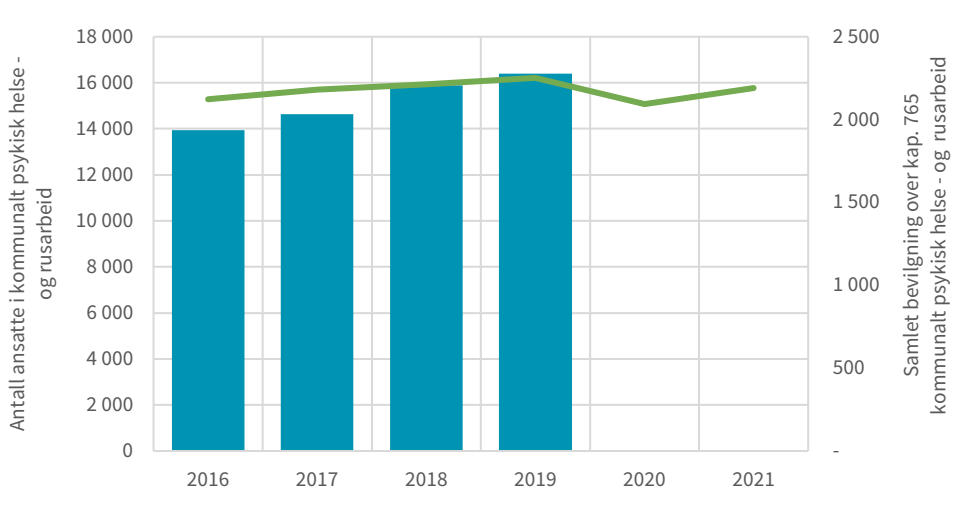
Vi har ikke grunnlag for eksakte vurderinger av alle disse målene, men dette er områder som i stor grad har vært prioritert i ulike tilskudd og satsinger i perioden. I 2019 ble det lagt inn fra Arbeids- og sosialdepartementet en ytterligere satsning på 20 millioner kroner for å øke antall tiltaksplasser for målgruppen. Det har i perioden var en satsning på Individuell jobbstøtte (IPS) også for personer med rusproblemer. Vi har i tidligere rapporter (Hansen mfl. 2018b og 2019) vist at området alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer er prioritert i perioden, med særlige bevilgninger i den første perioden av opptrappingsplanen, knyttet til blant annet Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), nye rusmestringsenheter (stifinnerenheter) og styrking av fengselshelsetjenesten. Utover dette vil det selvsagt kunne diskuteres hva som representerer spesifikke «friske» midler til disse områdene, og hva som representerer (om)prioriteringer innenfor de økonomiske rammene til de sektorene de tilhører. Fordelingen mellom opptrapping i frie midler gjennom rammeoverføringene til kommunene og særlige satsinger på enkeltområder, synes å samsvare med det som opprinnelig ble skissert i opptrappingsplanen. Rammeoverføringene til kommunene utgjør samlet om lag 1,5 milliarder av de berammede 2,4 milliarder kroner i opptrapping.

Økt innsats og antall årsverk i kommunene

Målet om 2,4 milliarder kroner er tenkt nådd ved eksplisitte merbevilgninger til rusfeltet begrunnet med opptrappingsplanen. Et annet mål på utviklingen i ressursoverføringene til kommunene er den samlede bevilgningen til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, kapittel 765 (indikator 3). Denne posten som fra 2020 også inkluderer

innsats for å redusere vold,⁷ inkluderer, som tidligere påpekt, sentrale tilskuddsordninger for den kommunale aktiviteten på rusfeltet. Økte bevilgninger til rusfeltet har vært fulgt av flere årsverk i kommunene (IS-24/8, se indikator 4). I figur 4.2 viser vi utviklingen i antall årsverk innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i opptrappingsperioden frem til og med 2019, samt utviklingen i den samlede bevilgningen over kapittel 765, frem til og med forslaget for 2021.

Figur 4.2 Utvikling i antall årsverk (h. akse, søyle) og samlede øremerkede bevilgninger til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (v. akse, linje). Saldert budsjett 2015–2020, forslag til bevilgninger 2021. Faste 2019-NOK.



Kilde: Årsverk for 2015–2019 er hentet fra IS 24-8. Samlede bevilgninger til psykisk helse og rusarbeid er basert på bevilgningene over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid i Prop. 1 S (2016–2017), Prop. 1 S (2017–2018), og Prop. 1 S (2018–2019), Prop. 1 S (2019–2020), Prop. 1 S (2020–2021) Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det har vært en vekst i antall rapporterte årsverk innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, fra 13 936 i 2016, til 16 399 i 2019. Dette tilsvarer en økning på 5,6 prosent per år. Veksten i antall årsverk har avtatt noe mot slutten av planperioden. Dette kan skyldes en mindre «opptrapping» av midler til rusfeltet og de økonomiske rammenes i kommunene, men også at flere kommuner er kommet i en fase hvor nye stillinger som kanskje er opprettet ved hjelp av tilskuddsmidler, skal innarbeides i budsjettene for å gi en varig kapasitetsøkning i tjenestene. De kvalitative intervjuene i casekommunene underbygger en slik vurdering, samtidig som det er svært viktig å understreke at det er stor kommunal variasjon. For noen kommuner er det fortsatt behov for kapasitetsøkning i tjenestene og flere stillinger, for andre kommuner er det større vektlegging av faglig utvikling, innretningen av tjenestene og organiseringen, enn eksplisitt kapasitetsøkning. Rapporteringen på tilskudd til kommunalt rusarbeid viser at det har vært noe nedgang i kommuner som søker og antall stillinger som det søkes om tilskudd til. I 2019 ble det gitt tilskudd til om lag 950 stillinger i 285 kommuner/bydeler (Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S, 2020–2021:263). I Helsedirektoratets rapportering vises det til at flere kommuner rapporterer at de har bygget opp kapasitet og kompetanse og har oppmerksomheten rettet mot innretting av tjenestene og utvikling av ressursene fremfor ytterligere kapasitetsvekst (Helsedirektoratet 2020:27).

⁷ I 2015 ble budsjettkapittel 763 (rustiltak) og 764 (psykisk helse) slått sammen til ett kapittel: 765 (psykisk helse og rusarbeid). Fra og med 2020 heter posten «psykisk helse, rusarbeid og vold».

I forrige statusrapport påpekte vi at enkelte kommuner har en svært presset kommuneøkonomi, og at dette medfører nedskjæringer i budsjettene også innenfor rusfeltet. Vi fremhevet som en av utfordringene i denne statusmålingen at en presset kommuneøkonomi kan føre til at etablerte tilbud bygges ned, eller at tilbud utviklet ved hjelp av tilskuddsmidler ikke videreføres i ordinær drift (se Hansen mfl. 2019:110). Nøkkelintervjuer med casekommunene og andre aktører på rusfeltet i år viser at denne utfordringen fortsatt vurderes som betydelig hos mange, og at flere er urolig for konsekvensene av en stram kommuneøkonomi fremover. En av casekommunene er Tromsø, hvor den økonomiske situasjonen i kommunen allerede har ført til innsparinger innen psykisk helse og rus. Naturlig avgang blir som oftest ikke erstattet, og enheten har som følge av dette nå mellom 30 og 40 vakante stillinger (av 170 årsverk) (se også Hansen mfl. 2019:59). Flere kommuner rapporterer om stramme budsjetter og uro for opprettholdelse av tjenester fremover.

Det er andre eksempler på kommuner som ikke har videreført tjenester eller opplevd nedskjæringer. Det er foreløpig lite kunnskap om hvordan kommunesammenheng virker på rusfeltet. Tidligere casekommune Fjell hadde utviklet et eget kommunalt FACT-team. Dette er ikke videreført i den nye storkommunen Øygarden. Samtidig er det prosesser for å opprette FACT i regi av DPS. Som vi vil komme tilbake til, blir derimot MO-senteret utviklet i Fjell videreført i den nye kommunen.

Kommunene vektlegger i stor grad betydningen av rammeoverføring, men særlig de øremerkede tilskuddsordningene (Kap 765) for utvikling av tilbud og kapasitet i kommunene. For noen har rammetilskuddet styrket mulighetene for at stillinger som i utgangspunktet er kommet som følge av tilskuddsmidler, er blitt omgjort til ordinære stillinger etter hvert. Dette gjelder blant annet rekrutteringen av psykolog i Vadsø kommune, hvor økning i rammen oppgis å ha inngått i finansiering av en psykologstilling i kommunen (Hansen mfl. 2018:46). Omleggingen av tilskuddsordninger til større vektlegging av kommunal forankring og gradvis kommunal finansiering av stillinger, bidrar sannsynligvis til å fremme at stillinger generert som følge av tilskuddsmidler og prosjekter, videreføres over tid. Særlig en av de større casekommunene mener at det har vært en omlegging fra stor grad av prosjektfinansiering av tilbud i avgrensede perioder, til at tilbud i større grad opprettholdes innenfor kommunens budsjetttrammer. Det å være mindre avhengig av prosjektmidler og ha større rom innenfor rammen, oppleves som positivt for utviklingen av feltet. I den forbindelse oppleves det også som positivt at statlige tilskuddsmidler innrettes slik at driften av tiltak gradvis i løpet av tilskuddsperioden skal legges inn i ordinær drift. Om denne innretningen fører til at det blir mer krevende for mindre kommuner å benytte disse tilskuddsmidlene, fordi de da opplever at de binder seg opp økonomisk over tid, har vi mindre kunnskap om, men det bør utredes nærmere. Som vi skal komme tilbake til, er det en observasjon i gjennomgangen av tilskudd til kommunalt rusarbeid at mindre kommuner i mindre grad benytter seg av ordningen.

Overføringene til kommunene begrunnet med opptrappingsplanen for rusfeltet har vært lavere i 2019 enn i 2018. Særlig for de minste kommunene betyr dette at det vil være snakk om relativt lave beløp totalt sett. Vi har eksempelvis tidligere vist at overføringen i de frie midlene til kommunene begrunnet med opptrappingsplanen for rus for Vadsø kommune, med i underkant av 6000 innbyggere, i 2018 utgjorde om lag 300 000 kroner (Hansen mfl. 2018:46), mens Oslo kommune i 2019 anslo at de totalt hadde mottatt en økning i de frie midlene på rundt 250 millioner så langt i opptrappingsperioden (Hansen mfl. 2019:65).

Kartleggingen av rus- og psykisk helsearbeid i kommunene viser at en betydelig lavere andel av kommunene i 2019 enn i 2018 mener at overføringene begrunnet med

opptrappingsplanen, i stor eller svært stor grad ble benyttet etter formålet (Ose mfl. 2019:95). Mens nær halvparten av kommunene mente midlene ble brukt etter formålet i 2018, gjaldt dette kun 38 prosent i 2019. Det er stor forskjell på store og små kommuners vurdering, en betydelig høyere andel av de store kommunene (selv om det er færre enn i 2019) vurderer at midlene dette året brukes etter formålet, mens det er en betydelig mindre andel av de små kommunene som gjør det samme (ibid.). På samme måte er det også en nedgang i andelen kommuner i 2019 som vurderer at overføringene i rammen som følge av opptrappingsplanen, har hatt direkte konsekvenser for kommunalt rusarbeid dette året (ibid.:97). Dette kan selvsagt ha sammenheng med at når overføringen i rammen blir mindre, slik tilfellet var i 2019, blir det mindre tydelig hva det anvendes til, eller det glir lettere inn i en pott uten særlig satsing på spesifikke områder innenfor rusfeltet.

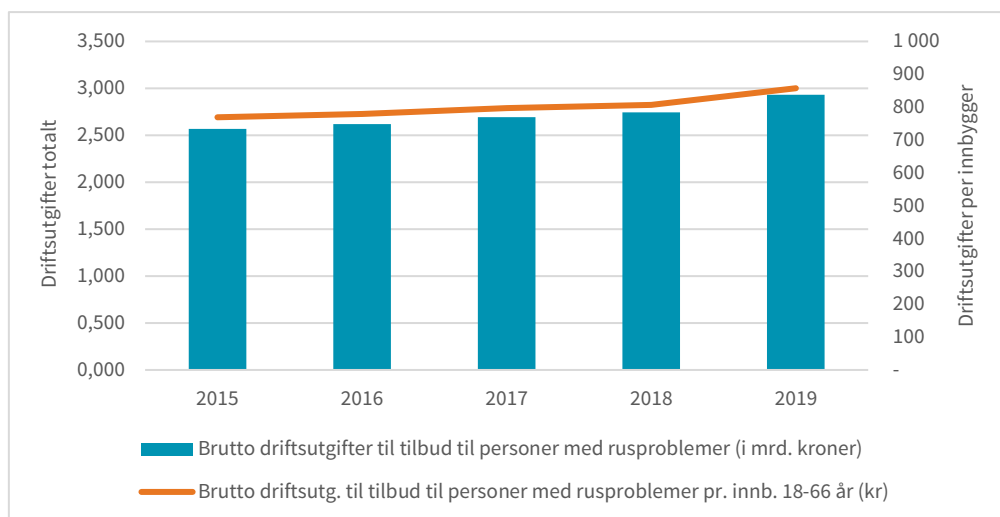
En interessant observasjon i kartleggingen for 2019 er at bydelene i Oslo nå, i motsetning til kommunene for øvrig, rapporterer at opptrappingsplanen gjennom økte overføringer til kommunene har hatt direkte konsekvenser for kommunalt rusarbeid dette året. I 2018 var det 65 prosent av bydelene i Oslo som svarte dette, mens det i 2019 var 80 prosent (ibid.:98). Dette kan skyldes at kommunen har hatt oppmerksomhet på implementering av strategiplan for rusfeltet, som inkluderer en styrking av innsatsen på bo- og tjenestetilbudet til personer med rusproblemer i bydelene. I forrige statusrapport viste vi også at det var en øremerking i overføringene til bydelene til å etablere en halv stilling som ruskonsulent for unge. Oslo, og de to bydelene Gamle Oslo og Sagene, erfarer at en stram kommuneøkonomi er en betydelig utfordring på rusfeltet. Samtidig er det både sentralt og lokalt i bydelene et stort utviklingsarbeid på rusfeltet.

Kapasitetsutvikling på rusfeltet

Oversikten over utvikling i antall årsverk innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, viser at økningen i overføringen til sektoren har ført til flere årsverk i kommunene i opptrappingsperioden, selv om veksten har avtatt i 2019. Også andre kilder viser at det har vært en styrking av kapasiteten innenfor rusfeltet i kommunene de siste årene.

Kommunene rapporterer om eget forbruk fordelt på en rekke tjenesteområder i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). KOSTRA-data viser at utgifter på tjenesteområdet «243 Tilbud til personer med rusproblemer» er på 2,9 milliarder kroner i 2019. Samlede utgifter var rapportert til 2,6 milliarder kroner i 2016 (målt i 2019-NOK), noe som tilsvarer en vekst på 3,8 prosent per år i perioden 2016–2019 (målt i inflasjonsjusterte priser). Vi kan ikke si hvor mye av denne veksten som kan henføres til veksten i frie midler som følge av opptrappingsplanen eller øremerkede satsinger, men KOSTRA-dataene indikerer likefullt en betydelig opptrapping i ressurser til det kommunale rusarbeidet. Veksten er noe lavere (3,2 prosent per år i perioden 2016–2019), men likefullt positiv, dersom vi legger innbyggertall til grunn. Etter vår vurdering underbygger disse dataene vår vurdering om en vekst i kapasitet innenfor det kommunale rusarbeidet.

Figur 4.3 Brutto driftsutgifter til aktivitet 243, tilbud til personer med rusproblemer samlet (h. akse, søyle) og brutto driftsutgifter per innbygger 18–66 år (v. akse, linje). Faste 2019-NOK.



Kilde: KOSTRA aktivitet 243, hentet fra SSB oktober 2020.

Styrket kompetanse på rusfeltet

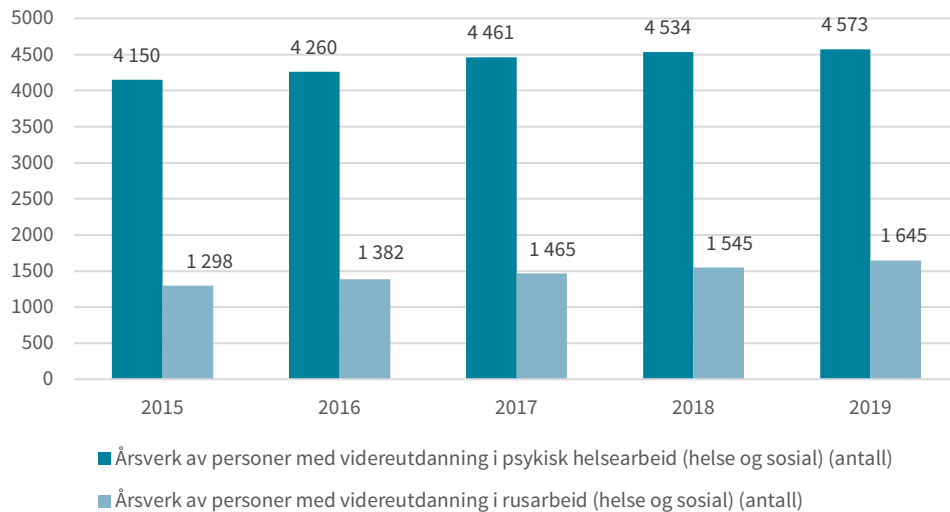
Kapasitetsøkningen har også medført høyere kompetanse i sektoren. Ifølge de kvalitative intervjuene med kommuner og dialog med regionale aktører, har det vært en styrking av kompetansen innenfor rus- og psykisk helsefeltet i kommunene i opptrappingsperioden. Det er vanskeligere å finne eksakte data for større kompetanse. Kartleggingen av psykisk helse- og rusarbeid i kommunene viser at om lag 55 prosent av årsverkene innenfor psykisk helse- og rusarbeid for voksne utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig høgskoleutdanning, med eller uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (Ose mfl. 2019:12). Kartleggingen viser at det rapporteres en økning i antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra høgskole uten videreutdanning innen rus- og psykisk helsearbeid på 2,1 prosent, og på 1,9 prosent for årsverk med videreutdanning. Den mest betydelige kompetansehevingen er økningen i antall psykologer i sektoren. I 2019 ble det rapportert om 213 psykologårsverk med eller uten spesialisering innen tiltak og tjenester for voksne, og dette utgjør en økning på nær 15 prosent fra året før (Ose mfl. 2019:69). Innen tiltak og tjenester for barn og unge ble det rapportert om 325 psykologårsverk, en marginal nedgang fra året før (ibid.:72). Noen informanter i kommunene har påpekt at det har blitt flere med helsefaglig kompetanse (somatikk, eksempelvis sykepleiere) i rusfeltet i kommunene, men dette har vi ikke konkrete data for å kunne si noe om.

KOSTRA-dataene viser denne samme styrkingen av antall årsverk med videreutdanningen som påpekt over. I figur 4.4 viser vi kommunenes rapportering i KOSTRA på vekst i årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Det har siden 2015 og frem til 2019 vært en positiv vekst på begge områder. Antall årsverk med videreutdanning innen psykisk helsearbeid er om lag det dobbelte av antall årsverk med videreutdanning innen rusarbeid, men veksten har vært sterkest innen rusarbeid (opp 27 prosent i perioden, mot 10 prosent innen psykisk helsearbeid).⁸ Dette illustrerer kanskje det flere casekommuner poengterer, rusfeltet i kommunene er fortsatt under utvikling.

⁸ Veksten er marginalt lavere for begge indikatorer når man tar høyde for befolkningsveksten.

Figur 4.4 Årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid (helse og sosial) (antall) og årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid (helse og sosial) (antall). 2015–2019.



Kilde: Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene – grunnlagstall. Data er hentet fra KOSTRA kommuneregnskap, KOSTRA Bolig, KOSTRA sosialtjenesten og a-ordningen.

Utvikling av kompetanse innenfor rusfeltet i kommunene kan defineres på mange måter. Utvikling av FACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten representerer for eksempel en kompetanseheving i rus- og psykisk helsefeltet i kommunene. Fagutvikling i tjenestene kan også defineres som en kompetanseutvikling, uten at dette gir seg uttrykk i denne formen for målbare enheter. Det samme gjelder ulike kurstilbud og læringsnettverk for kommunene arrangert i regi av blant annet fylkesmannsembetene og kompetansesentrene, eller KS. Noe av aktiviteten knyttet til å nå målene i opptrappingsplanen har vært at kompetansesenter og fylkesmannsembetene arrangerer samlinger og konferanser for kompetanseutvikling og erfaringsdeling innenfor opptrappingsplanens målområder. Tidligere statusrapporter har vist til at disse samlingene har hatt stor betydning for faglig utvikling i mange kommuner. Det samme gjelder de regionale aktørenes direkte oppfølging og kontakt med kommunene for å støtte utviklingsprosesser, og fylkesmannsembetenes påvirkning gjennom forvaltning av tilskuddsmidler.

Kompetanseløftet for 2020 inkluderte psykisk helse og rusfeltet i kommunene. I forbindelse med statsbudsjettet for 2021 lanserte regjeringen et nytt Kompetanseløft 2025, som også skal inkludere psykisk helse og rusfeltet (jf. Prop. 1 S (2020–2021) Tiltråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2020). I den forbindelse refereres det at om lag 2200 ansatte knyttet til rusfeltet og psykisk helse fullførte et kompetansetiltak i 2019.

Det er en mindre andel av kommunene i 2019 enn i 2018 som mener at opptrappingsplanen har hatt en direkte konsekvens for midler til kompetansehevende tiltak dette året (indikator 7). I 2019 var det kun 19 prosent som mente at dette var tilfelle, mens 27 prosent mente planen hadde hatt direkte konsekvenser for økte midler til kompetanseheving i 2018. Dette må nok ses i sammenheng med at det var noe lavere overføring av midler i 2019 enn året før, men kanskje også med at en del kompetansetiltak ikke knyttes direkte til opptrappingsplanen for rusfeltet, selv om det er relevant for tjenester innenfor feltet.

At det gjennomføres forskning innenfor området rus og avhengighet, har betydning for fagutvikling og kompetanseheving i sektoren. Tabell 4.1 viser at det i opptrappingsperioden har vært en betydelig økning i bevilgningene til forskning. Samlede driftsutgifter til forskning ved helseforetakene (indikator 8) omfatter all ressursbruk, inkludert lønnskostnader, andre driftskostnader, avskrivning mv. I tillegg til basisbevilgninger og øremerkede forskningsbevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet, omfatter indikatoren eksterne finansieringskilder for forskning i helseforetakene, det vil si tildelinger fra blant annet Norges forskningsråd. Målingen av forskningsaktiviteten i helseforetakene dekker også forskningen som skjer i regi av KoRus-ene, som er organisert som deler av helseforetakene. Målingen dekker imidlertid ikke forskning eller kunnskapsgenerering som skjer ved andre institusjoner eller i kommunene. Det vil si at kunnskap generert ved evalueringer av spesifikke tiltak, eller innsatser gjennomført på oppdrag fra kommuner eller eksempelvis direktorater eller departement, ikke vil inngå. Slik kunnskap har også betydning for kunnskapsutviklingen i feltet. Målingen viser at det har vært en vekst fra 60 millioner kroner i 2016, til 84 millioner kroner i 2019. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) beregner denne aktiviteten annet hvert år.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Opptrappingsplanen for rusfeltet inkluderte også et mål om styrking av innsatsen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som skulle komme i tillegg til målet om 2,4 milliarder kroner til opptrapping på rusfeltet. Indikator 5 viser samlede kostnader til TSB, eksklusive pensjon, kapital og legemidler. Det har vært en forsiktig vekst i kostnader til TSB i løpet av årene 2017–2019 på 1,2 prosent per år, målt i 2019-NOK, men med en marginal nedgang fra 2018–2019.

Det mest spesifikke målet var å videreføre «den gylne regel» (indikator 6). Denne regelen sier blant annet at utgiftsveksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå. Målsettingen om «den gylne regel» er inkludert i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til de regionale helseforetakene⁹. Vi har definert indikatoren (6) på den gylne regel til kun å gjelde rus (TSB), avgrenset til kostnadsutvikling og med utgangspunkt i alle regioner samlet (nasjonalt nivå). Dersom de regionale helseforetakenes samlede driftsutgifter til TSB justert for kostnader til pensjon, kapital og legemidler vokser raskere enn tilsvarende utgifter i somatikk samlet for alle de regionale helseforetakene, vil målingen av indikator 6 gi en verdi på over én. Målet «den gylne regel» definert på denne måten ble verken tilfredsstillt i 2017 eller i 2018, jf. forrige rapport og tabell 4.1. Heller ikke for 2019 vurderes målet som innfridd. Våre vurderinger er i tråd med Helsedirektoratets *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten* (Helsedirektoratet, IS-2957). Rapporten viser at grad av måloppnåelse på de ulike delmålene i den gylne regel varierer mellom de regionale helseforetakene, men at ingen tilfredsstillt målsettingen om den gylne regel i 2019. Når det gjelder kostnadsutvikling er Helse Nord det eneste regionale helseforetaket som innfrir dette delmålet for området TSB i 2019 (Helsedirektoratet, IS-2957:30-32).

⁹ I oppdragsbrevet defineres det at dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet.

5 Samfunnseffekter

Har opptrappingsplanen for rusfeltet hatt effekter for overordnede mål om å redusere rusmiddelproblemer og negative skadevirkninger av rusmiddelbruk i samfunnet? Opptrappingsplanens hovedmål er å bedre tjenestene og tilbudene til personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Likevel er det overordnede målet med planen å bidra til å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk i samfunnet. Det er ikke mulig å si noe om direkte konsekvenser av opptrappingsplanen på dette området, men utviklingen i rusmiddelproblematikk i samfunnet gir et bidrag til det samlede bildet av utviklingen på rusfeltet i opptrappingsperioden.

I dette kapitlet presenteres utviklingen hittil på de definerte indikatorene for overordnede samfunnseffekter. For dette området har vi etablert 13 indikatorer for å følge utviklingen over tid. Vi starter med å vise tabellen med samlet oversikt over utviklingen på disse i perioden. Dessverre mangler vi oppdatering for 2019 på fem av indikatorene. Dette gjelder blant annet indikatorene for dødsfall som følge av rusmiddelbruk (narkotika og alkohol). Vi vil likevel kommentere på denne utviklingen, i og med at vi ikke hadde tilgang til tallene for 2018 i forrige statusrapport. Det er slik at disse tallene gjennom opptrappingsperioden ikke har foreligget før i desember året etter, det vil si at vi antar tallene for 2019 vil foreligge etter at denne statusrapporten er ferdigstilt, i desember 2020.

Tabell 5.1 viser at det ikke er mulig å måle noen klar utvikling i effekter på samfunnsnivå i opptrappingsperioden. Vi vil kommentere hovedfunn tematisk under.

Tabell 5.1 Fjerde måling, overordnede effektindikatorer.

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018 - 2019	2016- 2019
9	Antall narkotikautløste dødsfall ihht. EMCDDA	FHI	284	249	288	N/A	N/A	N/A
10	Antall dødsfall som skyldes alkoholbruk	FHI	341	341	339	N/A	N/A	N/A
11	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven	SSB	7796	6479	5449	N/A	N/A	N/A
12	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter straffeloven	SSB	8168	7268	6518	N/A	N/A	N/A
13	Antall straffereaksjoner for ruspåvirket kjøring	SSB	4662	5088	4685	N/A	N/A	N/A
14	Antall meldinger til barnevern om barns eller foreldres rusmisbruk	SSB	10486	10089	10409	10814	3,9%	1,0%
15	Andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn)	BP ²⁾	N/A	N/A	5%	4%	-1,0%-poeng	N/A
16	Andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød + blålys)	BP ²⁾	N/A	N/A	50%	51%	1,0%-poeng	N/A

#	Indikator	Kilde						Endring	
			2016	2017	2018	2019	2018 - 2019	2016- 2019	
19	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 mnd. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (16–24 år)	FHI	6%	9%	N/A	15%	N/A	3,0%-poeng	
20	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 mnd. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (65–79 år)	FHI	0,0%	1,0%	N/A	6,0%	N/A	2,0%-poeng	
21	Andel av respondentene som svarer at de i løpet av siste 12 mnd. har brukt cannabis (16–64 år)	FHI	3,9%	5,3%	5,4%	5,1%	-0,3%-poeng	0,4%-poeng	
22	Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 mnd.	Ungdata	3%	3%	4%	4%	0,0%-poeng	0,3%-poeng	
23	Andel elever på videregående skole som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 mnd.	Ungdata	11%	13%	14%	15%	1,0%-poeng	1,3%-poeng	

Dersom verdi ikke er tilgjengelig for 2016, beregnes vekst fra 2017.

Utvikling i rusmiddelrelaterte dødsfall

Norge er blant de land i Europa med høyest forekomst av registrerte narkotikautløste dødsfall per innbygger.¹⁰ Når det gjelder utviklingen i overdosestatistikken (indikator 9 og 10), er det overordnede bildet relativt stabilt. Fra 2017 til 2018 var det en økning i narkotikautløste dødsfall, fra 248 til 288. Dette betyr at etter en nedgang fra 2016 til 2017, er antallet dødsfall som følge av narkotika i 2018 tilbake på samme nivå som i 2016. Tallene er ikke justert for økning i innbyggertall i perioden. Vi har som nevnt ikke tilgang til tallene for 2019.

Overdosetallene har ligget relativt stabilt på samme nivå også i årene før opptrappingsplanen, etter en nedgang rundt årtusenskiftet. I forrige statusrapport viste vi til at det har vært mye oppmerksomhet om å forebygge at personer dør av overdoser. Det ble vedtatt en nasjonal overdosestrategi i 2014. Våren 2019 ble det lansert en ny nasjonal overdosestrategi for perioden frem til 2022. Vi vil få en viktig indikasjon på om denne strategien har gitt resultater når vi ser tallene for 2019. Det samme gjelder eventuelle effekter av at det er vedtatt en egen «Oslo-standard» for overdoseforebyggende arbeid i bydelene i hovedstaden. Forekomsten av overdoser har vært høy i hovedstaden, sammenlignet med landet for øvrig.

I forbindelse med koronapandemien i 2020 har det vært bekymring for hvorvidt situasjonen ville føre til flere overdoser og dødsfall som følge av rusmiddelbruk. Det har både vært bekymring for konsekvenser av isolasjon og nedstengning av tilbud til brukerne (som eksempelvis sprøyterommet i Oslo), og for utviklingen i rusmiljøet knyttet til stengte grenser og rustørke. Mange kommuner økte oppmerksomheten om overdoseforebygging. Helsedirektoratet og KoRus Oslo sine jevnlig kartlegginger av situasjonen i rusmiljøene og tjenestetilbudet i et stort utvalg kommuner, viste at de

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/statistikk-og-definisjon-pa-overdose>

fleste kommunene ikke erfarte at det var noen endring i antall overdoser/akuttsituasjoner sammenlignet med en normalsituasjon, ved nedstengningen våren 2020. Registreringer fra Folkehelseinstituttet viser også at det ikke var betydelige endringer i antall registrerte narkotikautløste dødsfall i perioden mars til mai 2020, sammenlignet med samme periode de siste årene.¹¹ KoRus Oslo sine kartlegginger viser derimot at utover sommeren var det en økning i antall kommuner som erfarte en endring, og i august var det en firedel av kommunene som rapporterte en økning/sterk økning i antall overdoser og akuttsituasjoner, sammenlignet med normalsituasjonen (KoRus Oslo 2020:8–9). Etter dette har det vært en nedgang i antall kommuner som rapporterer om dette, både i september og oktober, og bare en svært liten andel vurderer at det har vært en økning. I rapporten fra KoRus Oslo for uke 42 blir det oppfordret til å fortsette å ha oppmerksomhet om overdoseforebyggende arbeid fremover (ibid.).

Antallet registrerte dødsfall som skyldes alkoholforbruk (indikator 10) er høyere enn antall narkotikautløste dødsfall, men har holdt seg stabilt på samme nivå gjennom hele perioden. Det har vært oppmerksomhet om et potensielt økt alkoholforbruk under koronapandemien, men dette har vi foreløpig ingen konkrete data på, og implikasjoner av dette for dødsfall eller akuttsituasjoner har vi foreløpig ikke grunnlag for å gi noen vurdering av.

Utvikling i lovbrudd relatert til rusbruk

Tabell 5.1 viser at det ikke er tilgjengelige tall for 2019 på indikator 11, 12 og 13, som gjelder antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddelloven og etter straffeloven, samt straffereaksjoner etter ruspåvirket kjøring. På disse områdene har det vært en nedgang gjennom hele perioden, men vi kommenterer ikke nærmere på dette, i og med at vi ikke har nye oppdaterte tall siden forrige måling. Her vil det også kunne være andre endringer på justisområdet som slår inn, og som vil ha betydning for utviklingen.

Utvikling i rusmiddelbruk i befolkningen

Når det gjelder utviklingen i rusmiddelbruk i befolkningen, indikerer indikatorene 19, 20, 21, 22 og 23 en tendens til økt rusbruk både blant yngre og eldre. Det som måles er bruk av alkohol og marihuana/hasj. Som vi har påpekt i tidligere rapporter, er dette små endringer, men en trend som har fortsatt over flere år (Hansen mfl. 2019:76). Trenden i økt cannabisbruk blant unge vises også i en ny undersøkelse fra Folkehelseinstituttet, som er del av en større europeisk studie. Undersøkelsen viser at mens det i perioden 2007 til 2015 var et gjennomsnitt på 6,2 prosent av 10.-klassingene i Norge som oppga at de hadde prøvd cannabis, var denne andelen i 2019 økt til 8,7 prosent (FHI 2020). Bruken blant norske ungdommer ligger fortsatt relativt lavt i en europeisk sammenheng. I indikatorsettet ser vi at det er særlig blant ungdom på videregående at man kan måle en økt bruk av marihuana/hasj. Ungdata-kartleggingen viser at det i 2019 var 15 prosent av elevene som hadde prøvd hasj én gang siste år, mot 11 prosent i 2016.

Rapporten *Alkohol i Norge* fra Folkehelseinstituttet viser ingen vesentlig endring i forbruket av alkohol i Norge de siste årene (FHI 2019). I indikatorsettet ser vi likevel økt alkoholbruk både blant yngre og eldre. I perioden 2016 til 2019 øker andelen som oppgir en ukentlig beruselsesfrekvens med alkohol med 3 prosentpoeng årlig for de unge (16 til 24 år), og 2 prosentpoeng per år for den eldre delen av befolkningen (65

¹¹ <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-mars-mai-2020/>

til 79 år). Dette er en signifikant endring i negativ retning slik indikatoren vår er definert.

En indikator på rusmiddelproblemer blant barn og unge kan være meldinger til barnevernet om barn/unge eller foreldres rusproblemer. Indikator 14 viser at det har vært en økning i antall meldinger fra 2018 til 2019 på nær 4 prosent. Dette kan indikere en større oppmerksomhet om ansvaret for å melde ved bekymring for barn og unge, og slik tolkes som en positiv utvikling. Samtidig kan dette, særlig sett i lys av trendene skissert over, bety at det er en økende andel barn og unge som enten selv har rusproblemer eller er i ferd med å utvikle rusproblemer, eller at de er berørt av foreldres rusbruk. Vi har foreløpig valgt å ikke gi denne indikatoren en markering som positiv eller negativ, men holder den nøytral.

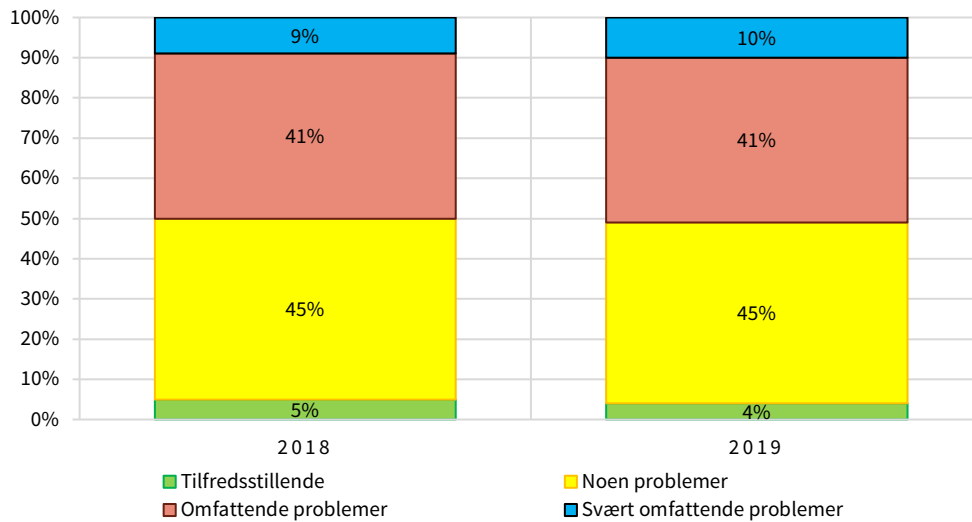
Levekårsutvikling blant personer med rusproblemer

Har personer med rusproblemer i kommunene fått det bedre i opptrappingsperioden? Vi har vist at det i kommunene har vært en økning i både kapasitet og kompetanse i tjenestene. Fra de kvalitative intervjuene vet vi at mange kommuner har utviklet tjenestetilbudet og bedret tilgjengeligheten til oppfølging. Et mål på resultater av opptrappingsplanen for rusfeltet er om en kan se en bedring ikke bare i tjenestetilbudet, men også i levekårene hos tjenestemottakerne. Foreløpig har vi ikke klart å identifisere denne typen resultater i de indikatorene som er inkludert i evalueringen. Våre indikatorer for levekår baserer seg på de årlige BrukerPlan-kartleggingene i kommunen (Helse Stavanger, KORFOR 2019). For et samlet mål på levekårssituasjonen hos tjenestemottakere med rusproblemer, anvender vi levekårsindeksen utviklet på bakgrunn av BrukerPlan-kartleggingen. Denne er utviklet med utgangspunkt i brukernes situasjon på åtte levekårsområder: bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk. BrukerPlan anvender en fargeskala med grønn, gul og rød, hvor grønn er best og rød er dårligst. For levekårsindeksen er det også en gradering kalt blålys, som gjelder for personer med svært dårlige levekår. I indikatorsettet vil du se at indikator 15 viser andel brukere som skårer bra på levekårsindeksen (grønn), mens indikator 16 viser andel brukere som skårer dårlig, det vil si rød eller blålys. (Skåre på øvrige levekårsområder dekkes under hovedmål 4.)¹²

Fra 2018 har KORFOR gjort en endring i vektningen i utregningen av levekårsindeksen, som gjør at vi ikke lenger kan vise en full tidsserie for hele opptrappingsperioden, men kun har sammenlignbare tall for 2018 og 2019. Tidligere var det slik at for tjenestemottakere med rusproblemer, har levekårsområdene rusmiddelbruk og psykisk helse blitt gitt større vekt enn de andre områdene i utregningen. Dette ble endret fra 2018 for å øke muligheten for direkte sammenligning mellom ulike grupper av tjenestemottakere. For 2018 ble levekårsindeksen presentert etter gammel og ny vektning, og i statusrapport tre kunne vi derfor vise en tidsserie fra 2016 til og med 2018. For 2019 foreligger indeksen kun med revidert vektning. I figur 5.1 viser vi utviklingen i en samlet levekårsindeks for de to siste årgangene 2018 og 2019. Til forskjell fra tidligere statusrapporter, inngår kun to årganger, på grunn av omlegging av datagrunnlaget. Figuren er hentet fra BrukerPlans årsrapport 2019 (Helse Stavanger, KORFOR 2019:32).

¹² Som redegjort for i kapittel 2 har en i presentasjon av BrukerPlan-kartleggingen for 2018 endret vektning av rus i levekårsindeksen. Dette medfører at tallene for de tidligere årene og 2018 ikke blir direkte sammenlignbart. Samtidig har KORFOR / Helse Stavanger i rapporten valgt å inkludere både vektete og uvektete tall for levekårsindeksen. Dette gjør at vi kan presentere sammenlignbare tall også i år.

Figur 5.1 Levekårsindeks BrukerPlan. Tjenestemottakere med rusproblemer, N = 22404.



Vi ser her at det er en liten forverring i levekårs situasjonen for brukerne i kommunen fra 2018 til 2019. Kun 4 prosent vurderes å ha en tilfredsstillende levekårs situasjon (5 prosent i 2018), mens hele 10 prosent (9 prosent i 2019) vurderes å ha svært omfattende problemer/særlig dårlige levekår. Levekårsindeksene basert på den tidligere vektingen viste det samme bildet for perioden 2016–2018. Det skjer ikke en reduksjon i andelen brukere som må anses ha svært dårlige levekår. Vi har fått indikasjoner fra KORFOR om at de kan beregne levekårsindeks etter gammel vekting, slik at vi i resultatrapporten neste år eventuelt kan vise full tidsserie for levekårsindeksen.

Levekårsindeksen indikerer at det ikke skjer en bedring i den samlede levekårs situasjonen for tjenestemottakere med rusmiddelproblemer. Gruppen som vurderes å være i kategorien «blålys», altså de som har svært omfattende levekårsproblemer, ligger her på 10 prosent. Det er en liten forverring fra 2018. I denne gruppen vil vi finne mange med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Utviklingen viser også at andelen tjenestemottakere som vurderes å ha en tilfredsstillende levekårs situasjon (grønn), ligger stabilt på 4–5 prosent. Oppsummeringen fra 2019 kan videreføres: Foreløpig ser en ikke samfunnseffekter av opptrappingsplanen målt i levekårs situasjonen for brukerne som mottar kommunale tjenester.

Det kan diskuteres om BrukerPlan-kartleggingen er en god kilde for å måle utvikling i levekårs situasjonen blant personer med rusmiddelproblemer. I kapittel 2 drøftet vi dette. Kartleggingen viser levekårene til tjenestemottakere i kommunene på et gitt tidspunkt. Det sier ikke noe om levekårene til alle med rusmiddelproblemer i kommunene, og det er ikke mulig å identifisere om de som kartlegges dette året også ble kartlagt året før. Med andre ord er det et usikkert mål på utvikling i levekår i populasjonen over tid.

Samtidig er det andre forhold som gjør at vi mener at disse dataene gir en indikasjon på levekårs situasjonen i gruppen. Det ene er at gjennomsnittsalderen for de som kartlegges med rusproblemer øker over tid (Helse Stavanger, KORFOR 2019:12). Det andre er at for gruppen voksne med rusmiddelproblemer samsvarer BrukerPlan-kartleggingen i relativt stor grad med observasjoner fra de kvalitative studiene i kommunene. Et forhold som i år ble påpekt av flere kommuner i de kvalitative intervjuene, er bekymringen for ivaretagelse av brukernes somatiske helse. Flere erfarer at når brukerne blir eldre, øker også de fysiske helseplagene. Mange av kommunene erfarer

at de ikke har tilstrekkelige tjenester for å følge opp brukernes somatiske helseproblemer. I BrukerPlan-kartleggingen viser KORFOR at de i mindre grad kartlegger unge med rusmiddelproblemer. Dette kan ha sammenheng med det vi har påpekt tidligere, at tjenesteapparatet har utfordringer med å fange opp unge med rusmiddelproblemer tidlig i forløpet, samt at disse brukerne kanskje mottar tjenester eller benytter seg av tilbud i kommunen som ikke kartlegger brukerne i BrukerPlan (se også Helse Stavanger, KORFOR 2019:12).

6 Bruker- og pårørendemedvirkning i tjenesteapparatet

Hovedmål 1 i opptrappingsplanen er å «sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». I tidligere statusrapporter har vi vist at det å fremme økt brukerinnvolvering har hatt stor oppmerksomhet i mange kommuner i opptrappingsperioden. Dette målområdet inkluderer ikke bare brukere, men også bedre ivaretagelse av pårørende i tjenesteapparatet. For å følge utviklingen på dette området, har vi 15 indikatorer, som både illustrerer utviklingen i innsats for å fremme bedre brukerinnvolvering, aktiviteter for å fremme bedre bruker- og pårørendemedvirkning, og resultater i form av vurderinger av hvorvidt tjenester sikrer brukermedvirkning, ivaretagelse av brukere og pårørendes behov. Tabell 6.1 viser utvikling over tid på de 15 indikatorene. Vi vil gi en overordnet vurdering av dette målområdet, og så gå nærmere inn på utviklingen når det gjelder innhenting av brukererfaring i kommunene, brukerinnvolvering i utvikling av eget tjenestetilbud, erfaringer med ansvarsgruppe og individuell plan (IP), og til sist utvikling når det gjelder ivaretagelse av pårørende.

Tabell 6.1 Fjerde måling av indikatorer knyttet til hovedmål 1.

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
25	Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene for voksne har brukererfaring	IS-24/8	N/A	23%	24%	27%	3,0%-poeng	2,0%-poeng
26	Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene for barn og unge har brukererfaring	IS-24/8	N/A	3%	3%	4%	0,9%-poeng	0,5%-poeng
27	Andel kommuner som har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 mnd. som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.)	IS-24/8	42%	44%	44%	42%	-2,0%-poeng	0,0%-poeng
28	Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin individuelle plan (gitt at de har en)	BU	N/A	44%	N/A	40%	N/A	-2,0%-poeng
29	Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin ansvarsgruppe (gitt at de har en)	BU	N/A	52%	N/A	51%	N/A	-0,5%-poeng

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
30	Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltak-/andre planer og ansvarsgruppe)	BP	66%	64%	65%	64%	-1,0%-poeng	-0,7%-poeng
31	Resultat Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet i kommunalt psykisk helse- og rusfeltet som recovery-orientert	IS-24/8	N/A	67%	69%	72%	3,0%-poeng	2,5%-poeng
32		IS-24/8	N/A	N/A	37%	44%	7,0%-poeng	N/A
33	Andel kommuner som svarer at de ivaretar voksne som pårørende for voksne brukere med rusmiddelproblemer på en god eller svært god måte	IS-24/8	N/A	39%	45%	41%	-4,0%-poeng	1,0%-poeng
34	Andel kommuner som svarer at de ivaretar barn som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8	N/A	43%	45%	47%	2,0%-poeng	2,0%-poeng
35	Andel brukere som i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet	BU	N/A	36%	N/A	49%	N/A	6,5%-poeng
36	Andel brukere som i stor grad opplever at de får den hjelpen de trenger	BU	N/A	42%	N/A	55%	N/A	6,5%-poeng
37	Andel brukere i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen	TSB	N/A	56%	N/A	71%	N/A	7,5%-poeng
38	Andel pasienter i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende	TSB	N/A	33%	N/A	46%	N/A	6,5%-poeng

Derksom verdi ikke er tilgjengelig for 2016, beregnes vekst fra 2017.

Intervjuene med kommunene og også spørreundersøkelsen til fylkesmannsembetene viser at området større brukermedvirkning har hatt stor oppmerksomhet i opptrappingsperioden. Både det å styrke brukerinvolvering og erfaringskompetanse i tjenestene har vært fulgt opp gjennom innretting av sentrale tilskuddsordninger og forvaltningen av disse. Temaet har også vært prioritert i ulike aktiviteter i regi av de regionale aktørene og i dialog med kommunene. Tabell 6.1 viser at det har vært en positiv utvikling på flere områder, ikke minst i brukernes vurdering av innflytelse og tilpassing av eget tjenestetilbud. Bildet er sammensatt, men fire hovedtrekk peker seg ut:

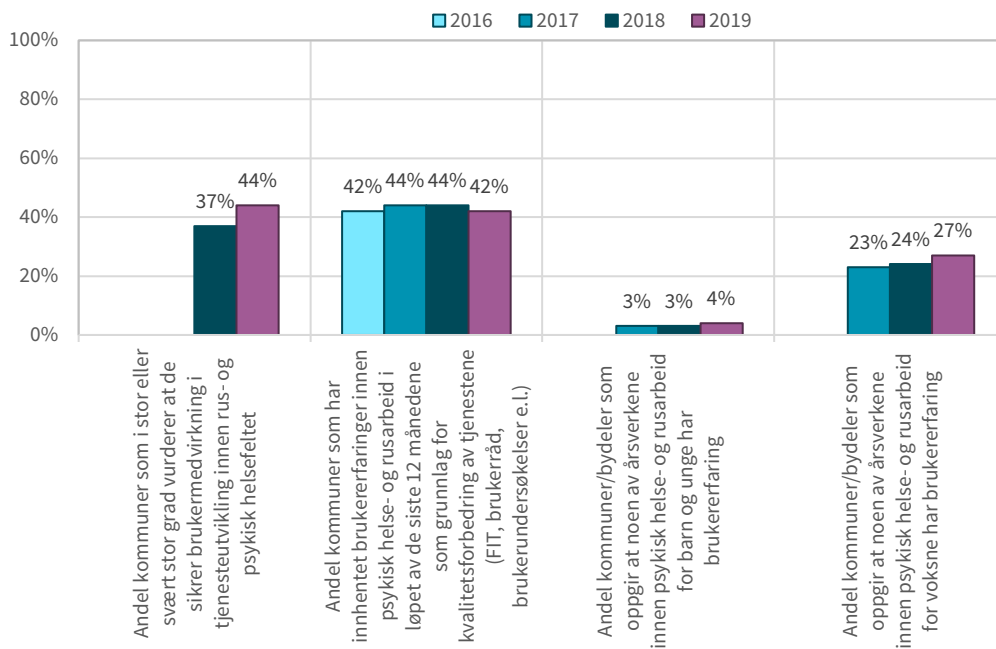
- 1 Det er en positiv utvikling når det gjelder kommunenes egen vurdering av hvorvidt de har utviklet større brukerorientering i tjenestene,
- 2 det er derimot indikasjoner på en negativ utvikling eller mindre utvikling når det gjelder det å ha operative systemer for brukermedvirkning og innhenting av brukererfaring i kommunene,
- 3 det er en positiv utvikling i brukernes rapportering når det gjelder innflytelse på eget tjenestetilbud / behandling, og
- 4 det er en negativ utvikling i kommunenes rapportering på ivaretagelse av voksne pårørende, men en mer positiv rapportering relatert til barn som pårørende.

Vi vil i det videre kommentere mer utfyllende når det gjelder kommunenes innhenting av brukererfaring, individuell brukerinvolvering og brukertilpasning av tjenestene, og ivaretagelse av pårørende.

Innhenting av brukererfaring

For å måle utvikling når det gjelder kommunenes innhenting av brukererfaring i tjenestene og systematikk for innhenting av brukererfaring i tjenestene, vil vi se nærmere på utviklingen i kommunenes egen vurdering av hvorvidt de sikrer brukermidvirkning i tjenesteutviklingen, kommunenes rekruttering av erfaringskompetanse og kommunenes systemer for innhenting av brukernes erfaringer. Figur 6.1 viser utviklingen på disse områdene i opptrappingsperioden.

Figur 6.1 Brukermedvirkning i tjenestene og som grunnlag for tjenesteutvikling.



Kilde: IS-24/8 2016, 2017, 2018 og 2019

Oppmerksomheten om å styrke brukermidvirkning på rusfeltet viser seg i kommunenes rapportering. Det er 44 prosent av kommunene som vurderer at de i stor grad sikrer brukermidvirkning i tjenesteutviklingen innen rus- og psykisk helsefeltet. Samtidig vil det si at over halvparten opplever at de ikke har systemer for dette eller en god praksis for å sikre brukermidvirkning i kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Det samsvarer med rapporteringen om at kun 42 prosent av kommunene har innhentet brukererfaring som del av kvalitetsforbedring av tjenestene de siste 12 månedene, eksempelvis ved hjelp av tilbakemeldingssystemer som Feedback-informerte tjenester (FIT), ved hjelp av brukerundersøkelser eller brukerråd, eller ved andre ordninger for brukermidvirkning.

I tidligere rapporter har vi pekt på at mange kommuner mangler systemer for å sikre brukerinvolvering i kvalitetsforbedring i tjenestene. Denne statusmålingen viser at det ser ut til å være en tilbakegang i andelen kommuner som oppgir at de har dette.

Fra de kvalitative intervjuene vet vi at brukermedvirkning er på agendaen i mange av kommunene. På bakgrunn av casestudiene tidligere og erfaringssamlinger med kommunene, vet vi at i flere kommuner er dette utviklingsarbeid, og at det tar tid. Eksempelvis er det kommuner som har tatt i bruk tilbakemeldingssystemet FIT som presiserer at de bruker det på individnivå (brukerinvolvering i utvikling av eget tjenestetilbud), men at de ikke har funnet gode måter å bruke dette som grunnlag for tjenesteutvikling på systemnivå. Også i bruken av redskapet på individnivå kan det være utfordringer. Noen har ikke fått det implementert i ambulant oppfølging, noen steder er ikke tilbakemeldingssystemet digitalisert, noe som gjør det krevende å bruke systematisk. Andre kommuner fremhever at de har hatt god nytte av nettopp FIT som grunnlag for tjenesteutvikling i kommunen (se Hansen mfl. 2019:82). Årets intervjuer i casekommunene viser at de fortsatt er kommet ulikt i prosessen knyttet til systematikk rundt brukermedvirkning. Karmøy og Sandnes er eksempler på kommuner som har brukt FIT over lang tid. Karmøy sier at de opprettholdt dette tilbakemeldingssystemet under nedstengningen i vår, også på digital oppfølging. Sandnes har innarbeidet dette verktøyet på individnivå, men informanten i kommunen sier at de nå jobber med å utvikle systemene, for å kunne bruke tilbakemelding både fra FIT og bruker-/pårørendeundersøkelser på en god måte. Kristiansund er en av casekommunene som ikke har hatt denne typen tilbakemeldingssystemer i tjenestene tidligere, men som nå er i startgropa for å ta i bruk FIT. Det samme gjelder Østre Toten. Her er FIT kjøpt inn, og det var vært gjennomført undervisning i bruk av tilbakemeldingssystemet. Østre Toten har planlagt en ny økt med undervisning for at noen i tjenesten kan fungere som veiledere i den videre bruken av verktøyet. Andre av casekommunene har ikke utviklet denne typen strukturer for systematiske tilbakemeldinger på tjenestene, og har heller ikke spesifikke prosesser for å ta dette i bruk.

Når det gjelder andre typer systemer for brukermedvirkning, er det noen av casekommunene som har sentrale brukerråd. I noen av kommunene har det vært prosesser det siste året for utvikling av hensiktsmessige strukturer for brukermedvirkning på systemnivå. Bydel Gamle Oslo har utviklet et brukerpanel som de mener har vært verdifullt for utviklingen av tjenestetilbudet. Dette brukerpanelet består av tidligere eller nåværende brukere av tjenestene til Mestringsenhet psykisk helse og rus. De som deltar i brukerpanelet får et honorar for å være med. Panelet har fungert også under koronapandemien. Panelet har blant annet vært involvert i utviklingen av lavterskeltilbudene i bydelen, samt at de har vært med på å arrangere innbyggermøter.

Alt i alt tyder casestudiene på at systematikk for brukerorientert tjenesteutvikling fortsatt er under utvikling i kommunene. Det er likevel urovekkende at det er en nedgang i kommuner som sier de har systemer for innhentet brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenester. Vi har vist at det har vært prosesser i noen kommuner det siste året, og det vil være interessant å se om det medfører en endring i kartleggingen for 2020.

Erfaringskompetanse

Det har vært mye oppmerksomhet om involvering av erfaringskompetanse i tjenestene de siste årene. Her har det også vært en økning i hele opptrappingsperioden, men fortsatt er det kun i overkant av en firedel av kommunene som har ansatte med brukererfaring i tjenester for voksne (27 prosent, jf. indikator 25), og svært få som har inkludert erfaringskompetanse innen tjenester til barn og unge (4 prosent av kommunene, jf. indikator 26).

De fleste av de tidligere casekommunene i evalueringen har ansatte med erfaringskompetanse. Disse kommunene er opprinnelig valgt som casekommuner fordi de har

hatt et engasjement på ett eller flere av områdene i opptrappingsplanen. Mange av stillingene som erfaringskonsulenter har kommet som følge av tilskuddsmidler og spesifikke prosjekter, og er følgelig ikke ordinære, faste stillinger. Noen av casekommunene har ansatt erfaringskonsulenter i ordinære, faste stillinger, og andre forteller at det er prosesser for å sikre faste ansettelser.

Vi har i tidligere statusrapporter skrevet mye om erfaringer og utvikling i involvering av erfaringskompetanse i tjenestene. Behovet for å tydeliggjøre hvilken rolle erfaringskonsulentene skal ha i tjenestene har blitt påpekt, det samme har viktigheten av at erfaringskonsulenter kan få opplæring og veiledning (Hansen mfl. 2019:81).

Oslo og Trondheim er blant casekommunene som har utviklet egne opplæringstilbud, som erfaringsskoler for personer som skal arbeide som erfaringskonsulenter (ibid.). Det genereres etter hvert mer kunnskap og kompetanse om både rollen som erfaringskonsulent i tjenesteutøvelse og hvordan en kan bruke denne kompetansen. I en undersøkelse blant erfaringskonsulenter med bakgrunn fra rusavhengighet, viser det seg at erfaringskonsulentene opplever å få et bredere spekter av oppgaver og roller enn før, at de i større grad enn i tidligere undersøkelser opplever å bli anerkjent som bidragsytere i tjenestene, og at deres kompetanse verdsettes (Åkerblom, Agdal & Haakseth 2020). Likevel påpeker også denne rapporten behovet for at erfaringskonsulenter får tilgang til opplæring og veiledning. I Helsedirektoratets rapportering på opptrappingsplanen for 2020, vises det til at Erfaringsssentrum, som er en organisasjon for erfaringskonsulenter, i år gjennomfører en undersøkelse sammen med Fagforbundet, om hvordan erfaringskonsulentene har det og hvilke behov de har for kompetanseutvikling og veiledning. Denne undersøkelsen kan bidra til ytterligere informasjon om hvordan en kan tilrettelegge for at denne kompetansen kan bidra til utvikling i tjenestene.

I dialogmøte med et utvalg brukerorganisasjoner ble verdien av erfaringskompetanse i tjenestene tatt opp, men også behovet for å ha mer oppmerksomhet om inkludering av pårørendekompetanse i tjenestene. Dette blir også tatt opp av Helsedirektoratet (2020) i deres rapportering til Helse- omsorgsdepartementet på opptrappingsplanen for rusfeltet. Som vi skal komme tilbake til, er det fortsatt utfordringer i kommunenes ivaretagelse av pårørende. Inkludering av pårørendes erfaringskompetanse ble tatt opp som et potensielt bidrag for utvikling av tjenestene på dette området.

6.1 Brukerorientering på individnivå

Det å utvikle en mer brukerorientert praksis innen tjenestene på rusfeltet er et av de områdene som fremheves av kommunene. I intervjuene med casekommunene blir det ofte tatt opp at de har jobbet med å utvikle en sterkere brukerorientering i tjenesteutøvelsen og med å gi tjenester mer på brukerens premisser og tilpasset brukerens behov. Mange steder blir dette knyttet til å utvikle mer recovery-basert praksis, altså tjenester som i større grad er innrettet for å støtte den enkeltes egen bedringsprosess. I de tidligere statusrapportene har vi vist til hvordan ambisjonene om å jobbe recovery-orientert eller brukerorientert for å fremme den enkeltes opplevelse av mestring og for å støtte den enkeltes bedringsprosess, etter hvert er svært befestet innenfor psykisk helse og rus (Hansen mfl. 2018b:60–61; Hansen mfl. 2019:82).

I denne delen vil vi se på utviklingen på indikatorene som dreier seg om recovery og brukerorientering på individnivå. Først ser vi på utviklingen i bruk av og erfaring

med verktøy som individuell plan og ansvarsgrupper, før vi går nærmere inn på kommunenes vurdering av egen praksis, og brukernes opplevelse av innflytelse på eget tjenestetilbud.

Plan og systemer rundt samarbeid med brukeren

Den manglende utviklingen når det gjelder systematikk rundt brukerorientering som er skissert for brukermedvirkning på systemnivå, finner vi også på individnivå når vi ser på andel av brukerne som har en form for plan, individuell plan, kriseplan, ansvarsgruppe eller annen form for systematikk knyttet til eget tjenestetilbud og samarbeid med tjenesteapparatet (indikator 30). Det er ingen vesentlig utvikling i perioden, men en marginal nedgang fra 66 prosent i 2016, til 64 prosent av de som er kartlagt i BrukerPlan i 2019. Det er indikasjoner på at disse ordningene ikke fungerer optimalt. Det er en negativ utvikling i andelen av de som har denne typen plan eller ansvarsgruppe som ikke er fornøyd med dette. Kun 40 prosent av de som har individuell plan er tilfreds med denne (indikator 28). Dette er en nedgang fra 44 prosent i 2017. Vi har lite informasjon om hva dette konkret dreier seg om, men de kvalitative intervjuene med unge foretatt i forbindelse med brukertilfredshetundersøkelsen, gir kanskje en pekepinn (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020b). Vi ser at en del av informantene opplever at tiltak i planen ikke følges opp i praksis (ibid.). Når det gjelder ansvarsgrupper, er litt over halvparten (52 prosent) av de som har slik gruppe fornøyd med hvordan denne fungerer (indikator 29), noe som er en marginal nedgang fra 2017. For begge disse ordningene for et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud er det altså en mer kritisk vurdering av hvordan de fungerer blant brukerne nå enn i den første undersøkelsen i 2017.

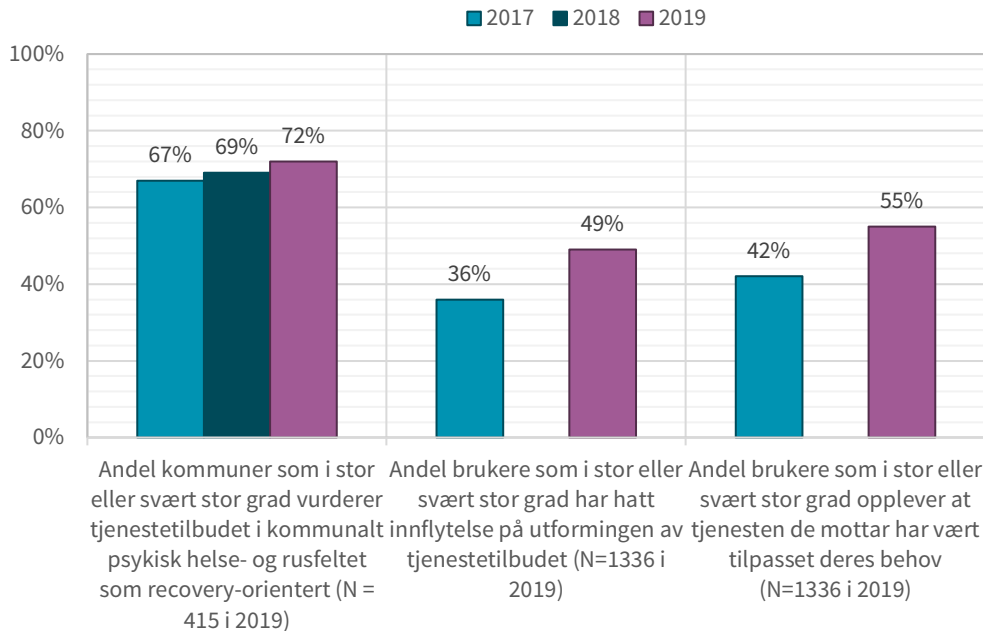
Data fra TSB om individuell plan er ikke inkludert i indikatorsettet, men det er interessant å ta med at der ser bildet ut til å være helt annerledes enn i kommunene. 70 prosent av pasientene sier de har IP, og av disse er 65 prosent svært fornøyd eller fornøyd med denne planen. Dette kan ha å gjøre med en utviklet systematikk for bruk av IP i behandlingen i spesialisthelsetjenesten innen rusbehandling, mens dette ikke er like utviklet i kommunene.

Pasient- og brukerombudene i Norge foretok i 2019 en gjennomgang av området kommunalt psykisk helsearbeid (Pasient- og brukerombudene 2020). 15 ombud rundt i landet har bidratt i vurderingene. I sin gjennomgang har de blant annet tatt opp bruk av individuell plan. En av deres observasjoner er at mange ser nytten ved individuell plan, men at mange brukere likevel sier nei når de får tilbudet, fordi de opplever at det ikke fungerer etter intensjonene. Dette dreier seg om forhold som at det ikke er system for oppdatering eller evaluering, og noen erfarer dessuten at det ikke blir brukt av de instansene som var involvert ved oppstart. De oppgir også at brukere ikke opplever at samarbeidet med oppnevnt koordinator fungerer slik det skal, slik at de mister respekten for verktøyet. Det rapporteres videre at kommunene kan være tilbakeholdne med å informere om retten til individuell plan (ibid.). Dette er en undersøkelse av området psykisk helse, men ut fra tidligere tilbakemeldinger om individuell plan og bruk av dette også på området rus, ser det ut som det er mange av de samme utfordringene. Fra tidligere casestudier vet vi at det er ulik praksis rundt bruk av disse verktøyene i kommunene. Flere mener ansvarsgrupper fungerer bedre enn IP. Det kan være grunn til å se nærmere på hvordan disse verktøyene brukes og følges opp.

Recovery og innflytelse på eget tjenestetilbud

Gjennom hele opptrappingsperioden har det vært en økende andel kommuner som vurderer at tjenestetilbudet innen rus- og psykisk helsearbeid i stor grad er recovery-orientert. Figur 6.2 viser utviklingen i andelen kommuner som mener tjenestetilbudet er recovery-basert, og andel av brukerne som opplever at de 1) i stor grad har hatt innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud og 2) i stor grad opplever at tjenestene de mottar har vært tilpasset deres behov.

Figur 6.2 Andel kommuner som mener de arbeider recovery-orientert, og brukernes vurdering av egen innflytelse og hvorvidt tjenestene er tilpasset deres behov.



Kilde: IS-24/8 og Nasjonal brukererfaringsundersøkelse

All oppmerksomhet og arbeid med større brukerorientering i tjenestene ser ut til å gi resultater. Det er en fortsatt økning i andel kommuner som vurderer at tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse i stor grad er recovery-orientert (72 prosent, indikator 31), men, ikke minst, det er en betydelig større andel av brukerne nå enn i 2017 som oppgir at de har hatt innflytelse på eget tjenestetilbud, og som opplever at tjenestetilbudet de har mottatt er tilpasset deres behov. Likevel er det fortsatt et relativt stort sprik mellom hvorvidt kommunene oppgir at tjenestetilbudet i stor grad er recovery-basert og brukernes opplevelse av at de har vært involvert i tjenesteutforming, og at tjenestene er tilpasset deres behov. Det er om lag halvparten av brukerne som oppgir at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud (49 prosent, indikator 35), og litt over halvparten som mener de får den hjelpen de har behov for (55 prosent, indikator 36).

Fra intervjuer i kommunene og dialog med de regionale aktørene vet vi at arbeidet med å utvikle mer recovery-orienterte tjenester i kommunene er et omfattende endringsarbeid, som tar tid. Vi har i tidligere rapporter pekt på at det er stor variasjon i hvor innarbeidet dette perspektivet er i tjenestene, hva det vil si å jobbe recovery-orientert i praksis, og at det er behov for at dette følges opp i fagutvikling og kompetanseheving i tjenestene (Hansen mfl. 2018b:61–62; Hansen mfl. 2019:82). Noen av casekommunene har fortalt at de jobber med planer for å utvikle tjenestene i tråd

med prinsippene for recovery. Å utvikle recovery-orienterte tjenester krever jobbing med kultur og verdier i tjenestene, men også en metodikk i møte med brukerne, der man skal bidra til å støtte den enkeltes bedringsprosess. I flere kommuner har inkludering av erfaringskompetanse i tjenestene vært en viktig del av dette endringsarbeidet.

Sandnes og Karmøy er to av casekommunene som har jobbet med recovery som grunnlag for tjenesteutvikling over flere år. Begge kommunene har blant annet utviklet egne recovery-kurs eller undervisningsopplegg (se for eksempel Recovery college i Karmøy; Hansen mfl. 2019:33, og Recovery is up to you i Sandnes; Hansen mfl. 2018b:61–62). Begge er undervisningsopplegg for brukere for å styrke deres eierskap til egen bedringsprosess. Oppleggene baserer seg på tett og likeverdig samarbeid mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse. Medarbeidere med erfaringskompetanse er aktive i å holde kursene.

Utviklingen i Rogaland har blant annet vært stimulert av et KS' læringsnettverk på temaet. Nettverket ble opprettet i 2016. Før ferdigstilling av rapporten la vi frem foreløpige funn på en samling for rådgivere i fylkesmannsembetene og kompetansesentrene. Der var representantene fra Fylkesmannen i Rogaland og KoRus vest Stavanger, bedt om å gi en kommentar til utviklingen i opptrappingsperioden. De valgte blant annet å fokusere på sitt arbeid med å bidra til utviklingen av recovery-orienterte tjenester i kommunene. Som følge av et rådslag med kommuner og aktører på rusfeltet i fylket, valgte de tidlig å prioritere støtte til målrettet utviklingsarbeid på dette området. Det ble inngått et samarbeid med KS om et KS læringsnettverk, og erfaringen er at dette har gitt en god ramme for arbeidet. I læringsnettverket har det vært representasjon fra deltakende kommuner, men også helseforetak, forskningsmiljø, kompetansesenter og brukerorganisasjoner. Det er to ting ved dette læringsnettverket som de to representantene fremhevet som å ha hatt særlig betydning: 1) at det har vært stor brukerrepresentasjon i prosjektgruppen som har forberedt læringsnettverkene, og 2) at alle deltakende kommuner har hatt et lokalt forbedringsteam som har jobbet mellom nettverksmøtene. Det første har vært viktig for perspektiv i arbeidet, og det andre for forankring av endringsarbeidet i kommunene. De to casekommunene Sandnes og Karmøy har deltatt i dette læringsnettverket.

I intervju med Tromsø kommune viser de til at de har hatt stor nytte av å se til Sandnes og kommunene i Rogaland i utviklingen av recovery som perspektiv i tjenestene. Det siste året har kommunen jobbet blant annet med å utvikle en veileder for å støtte de ansatte i å jobbe mer recovery-orientert. Planen skal behandles på ledernivå i enhet psykisk helse og rus før jul 2020.

Brukertilfredshetsundersøkelsen (BU) har bidratt med viktige data til dette årets statusmåling. Å få data på disse indikatorene har vært viktig for å kunne si noe om brukernes erfaringer med utviklingen i tjenestene. To kvalitative delrapporter som inngår i undersøkelsen gir også viktig informasjon om brukernes opplevelser. Det er gjort kvalitative intervjuer med et lite utvalg eldre brukere over 65 år (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020a), og et utvalg yngre brukere mellom 18 og 23 år (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020b).

De to delrapportene fra dette kvalitative arbeidet peker på noen svært interessante forhold med hensyn til betydningen av relasjon mellom tjenesteutøver og bruker. I begge rapportene påpekes betydningen av relasjon til tjenesteutøveren som viktig for den enkeltes opplevelse av medvirkning og innflytelse på eget tjenestetilbud, og anerkjennelse i møte med tjenestene. Særlig blant de eldre ble det påpekt at relasjonen har betydning for hvorvidt brukerne klarer å nyttiggjøre seg tjenestetilbudet. Det

er forskjell mellom de to aldersgruppenes vurdering. De eldre som er intervjuet, opplever i mindre grad at de får medvirke i utforming av eget tjenestetilbud. Dette dreier seg om hvorvidt de blir lyttet til eller om det de sier blir hørt på og har betydning. De gir uttrykk for at de opplever at de har lite de skulle sagt i møte med tjenesteapparatet, særlig på overordnet nivå (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020a: 5). Opplevelsen med de tjenesteutøverne som er tettere på og som de har utviklet en relasjon til, er bedre. De unge, derimot, gir mer uttrykk for at de får medvirke, at de har fått velge mellom ulike tilbud og behandlingsopplegg, og eksempelvis vært med på å bestemme mål i tiltaksplaner (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020b:5). En utfordring er at noen av informantene opplever at disse målene, eller det som er bestemt, sjelden blir realisert. Dette kan minne om det som ble påpekt av pasient- og brukerombudenes vurdering av at mange var skeptisk til individuell plan, fordi det som var lagt inn i planen kanskje ikke ble fulgt opp.

De unge gir i undersøkelsen også i større grad uttrykk for at de opplever at tjenestene, og dette ser ut til i særlig grad å gjelde NAV, kan opptre disiplinerende overfor dem eller at de opplever at de blir stigmatisert. Noen av disse forskjellene skyldes kanskje alder og at de to brukergruppene møter ulike tjenester og lever svært ulike liv. Mens hjemmetjenesten er viktig for mange eldre brukere, er NAV mer omtalt av de yngre brukerne. Felles for begge, som er relevant i dette bildet, er at begge gir uttrykk for betydningen av relasjon til tjenesteutøverne, hvordan de blir møtt, lyttet til og anerkjent i møte med tjenesteapparatet.

I indikatorsettet ser vi at det nå er om lag halvparten (49 prosent, indikator 35) av brukerne som i den kvantitative brukertilfredshetsundersøkelsen opplever at de i stor grad har hatt innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud, mens det i 2017 var i overkant av en tredel som oppga det samme (37 prosent). Selv om dette er en betydelig økning, er det fortsatt halvparten som opplever at de ikke har særlig innflytelse på eget tjenestetilbud, og følgelig er det fortsatt behov for å ha oppmerksomhet om samarbeid med brukerne. Også når det gjelder hvorvidt tjenestene er tilpasset brukernes behov, ser vi i figur 6.2 en betydelig utvikling, 55 prosent av brukerne erfarer at tjenestene er tilpasset deres behov i stor grad. Dette kan tolkes som en indikasjon på at tjenesteapparatet i større grad klarer å arbeide recovery-basert og støtte opp under den enkeltes egen bedringsprosess.

Når det gjelder det å fremme den enkeltes bedringsprosess, er det mye kunnskap om betydningen av sosialt nettverk og aktivisering (Hansen, Bråthen, Aagesen & Lien 2019). I den kvalitative brukerundersøkelsen blant eldre blir det i vurdering av hvorvidt tjenestetilbudet er tilpasset eget behov, særlig etterspurt hjelp til aktivitet for å hindre ensomhet og fremme et bedre sosialt nettverk (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020a). For de unge brukerne rapporteres det at oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten er et udekket behov. Det savnes videre at ansatte har innsikt i den livssituasjonen de unge har, og at det er flere aktiviseringstiltak. En kan tenke seg at noe av det som påpekes her er aldersrelaterte behov, men begge aldersgruppene etterspør mer oppfølging knyttet til aktivitet, og unge etterspør spesifikt oppfølging i tiden etter behandling i spesialisthelsetjenesten. I analyse av forbedringspunkter som følge av studien, pekes det blant annet på nettopp oppfølging etter rusbehandling og støtte til individuelle bedringsprosesser. Det er viktig at aktivisering, arbeidsrettede tiltak og andre aktiviteter oppleves som meningsfulle. For unge blir det fremhevet at de kan ha behov for særlig hjelp til å etablere seg, og skaffe seg jobb, førerkort og bolig (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020b:69).

Punktene som blir påpekt på bakgrunn av disse kvalitative intervjuene, samsvarer med funn i denne statusrapporten, som vi skal komme tilbake til. I kapittel 9 viser vi

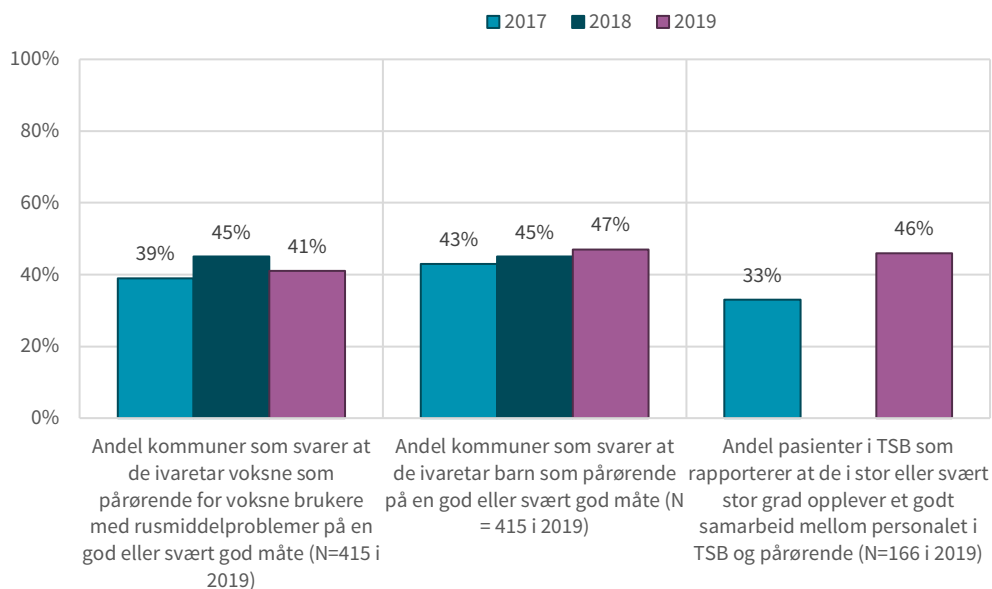
blant annet at BrukerPlan-dataene indikerer at en svært liten andel av tjenestemottakerne i kommunene vurderes å ha tilfredsstillende sosialt nettverk eller aktivitet.

Når det gjelder innflytelse og involvering i eget tjenestetilbud, er det en betydelig endring innenfor TSB. I 2019 er det 71 prosent som opplever at de i stor grad har hatt innflytelse på utforming av eget behandlingsopplegg (indikator 37). Vi viste over at det også har vært en utvikling med flere pasienter som har vært og er fornøyd med egen individuell plan.

Ivaretagelse av pårørende

Hovedmål én i opptrappingsplanen om reell brukerinnflytelse inkluderer en målsetting om å styrke pårørendemedvirkning og ivaretagelse av pårørende, herunder barn som pårørende. I figur 6.3 viser vi utviklingen på dette området.

Figur 6.3 Kommunenes ivaretagelse av henholdsvis barn og voksne som pårørende.



Kilde: IS 24/8

Kun fire av ti kommuner oppgir at de mener de ivaretar voksne som pårørende på en svært god eller god måte. Her er det ingen signifikante endringer i perioden. Når det gjelder barn som pårørende, fortsetter en positiv trend, med en større andel av kommunene som oppgir at de ivaretar barn som pårørende på en god måte (ikke signifikant).

Brukertilfredshetsundersøkelsen (BU) viser at brukerne vurderer at pårørende i liten grad ivaretas på en hensiktsmessig måte i kommunene. Kun 22 prosent oppgir at de mener kommunen i stor grad gir tilbud, støtte eller hjelp til deres pårørende. Over halvparten (56 prosent) opplever at deres pårørende i liten grad får tilbud, støtte eller hjelp fra kommunen (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020c:69).

I de tidligere statusrapportene har vi pekt på at ivaretagelse av pårørende er et område hvor flere av casekommunene tar opp at de ikke har tilstrekkelige tilbud. Flere sier de har blitt bedre på brukerperspektiv i tjenestene, men at det er mindre systematisk aktivitet knyttet til pårørende. Oslo kommune har utviklet en egen Oslostandard for pårørendesamarbeid for å styrke dette arbeidet. Oslo-standarder gjelder alle kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester, den er altså ikke avgrenset

til rusfeltet. Denne veilederen ble tilgjengelig for bydelene i september 2020, og blir nevnt også i nøkkelintervju med de to bydelene. En veileder for dette arbeidet imøteses blant annet fordi dette arbeidet innebærer flere dilemmaer. Dette er dilemmaer som ivaretagelse av pårørende dersom bruker ikke ønsker at det skal være kontakt, eller involvering av pårørende dersom det vurderes at dette ikke er en ressurs for bruker. I den kvalitative brukerundersøkelsen av unge illustreres dette. Erfaringene er sammensatte. For noen er foreldre eller andre pårørende en støtte og ressurs i sammenhengen med hjelpeapparatet (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020b:58–59). Andre tar opp at de synes det er problematisk at hjelpeapparatet har kontakt med pårørende, og ønsker ikke det. Noen har negative erfaringer og forteller om situasjoner med involvering av pårørende som har vært uheldig, og hvor eksempelvis foreldres tilstedeværelse i møter har gjort at de ikke har vært åpne om hvordan de har det (ibid.:60–61). Dette bildet er nok sammensatt, og i intervjuene både med brukerorganisasjoner og kommuner er det flere som tar opp betydningen av å ha oppmerksomhet om at pårørende for mange kan være en ressurs for bruker og den enkeltes bedringsprosess. Likevel sier dette noe om at det er et område med behov for å foreta en vurdering av situasjonen. I brukerundersøkelsen (BU) er det 30 prosent som i stor grad opplever at kommunen legger til rette for involvering av deres pårørende, mens 44 prosent opplever dette i liten grad. Det er en liten, men ikke signifikant utvikling fra 2017 i retning større involvering (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020c:69).

I nøkkelintervjuene med kommunene i år er dette, som tidligere, et område mange mener de har mye å gå på, men det er også noen steder som har tjenester og tiltak på dette området, og noen har pågående utviklingsprosesser. Vi har nevnt at Oslo har utviklet en egen pårørendestrategi. Tromsø er en annen kommune som har hatt oppmerksomhet om pårørendeperspektiv, selv om de i likhet med flere andre understreker at innsatsen kan styrkes. Ved det ene lavterskelsenteret har de en egen pårørendegruppe. I enhet psykisk helse og rus er det to ansatte som jobber spesifikt med pårørendearbeid. Annen hver måned arrangerer de et åpent informasjonsmøte for pårørende. Dette er et tilbud til alle pårørende. I tillegg er det mulighet til å ta kontakt via nettside og telefon for å få snakke med de to ansatte i enheten. Kommunen samarbeider også med spesialisthelsetjenesten og Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) om en pårørendemøteplass tre ganger i året. Dette er ikke spesifikt for rusfeltet, men forankret i psykisk helse. På denne møteplassen inviteres pårørende til å få informasjon, delta i refleksjon og veiledning. Det er fagpersoner som legger frem problemstillinger for felles refleksjon. Tilbudet har utviklet seg til å bli omfattende.

Også Vadsø har hatt et eget pårørendeprosjekt og en satsing overfor pårørende. En del av dette har vært å være proaktive og gi tilbud om kontakt og samtaler. Erfaringen er at dette er bra for noen, men at ikke alle ønsker et slikt tilbud. Kommunen har planlagt pårørendekurs sammen med sanitetsforeningen, men dette ble utsatt på grunn av korona.

Det er kun én av kommunene, Sandnes, som spesifikt oppgir at de har egen brukerundersøkelse til pårørende. I vårt dialogmøte med brukerorganisasjonene etterlyste de egne kartlegginger av pårørendes vurdering av tjenestetilbud. Dette gjelder også for vurdering av behandlingstilbud. I Helsedirektoratet (2020) sin rapportering på opptrappingsplanen for rusfeltet anbefales det blant annet at det etter opptrappingsperioden bør gjennomføres jevnlig brukertilfredshetsundersøkelser i kommunale rus- og psykiske helsetjenester, og at pårørende bør inkluderes i disse undersøkelsene. Også brukerorganisasjonene tar, som vist over, opp behovet for at en får mer kunnskap om pårørendes egne vurderinger av tjenestetilbud.

Når det gjelder barn som pårørende, viser dataene at det er en positiv trend, selv om det ikke er noen signifikant bedring. 47 prosent av kommunene i 2019 oppgir at de ivaretar barn som pårørende på en god eller svært god måte. Dette er et område hvor mange kommuner oppgir at de har styrket oppmerksomheten og utviklet systemer for bedre ivaretagelse av barn, for eksempel ved å ha egne barneansvarlige i tjenestene. Samtidig er det viktig å understreke at vi har lite kunnskap om hvordan denne ordningen fungerer, og om barns egne vurderinger av hvordan de blir ivaretatt. I dialog med brukerorganisasjonene ble det blant annet stilt spørsmål ved hva kommunene mener når de svarer at de ivaretar barn og unge som pårørende på en god måte. Et viktig forhold som blir tatt opp, er hvorvidt kommunene har systemer for å snakke med barn og unge, ikke bare om dem.

I Helsedirektoratets (2020) rapportering på opptrappingsplanen tar de opp at det finnes lite spesifisering av hva brukervedvirkning på rusfeltet bør inkludere og være. Det er ikke utviklet faglige retningslinjer om dette. De anbefaler at det gis mer spesifikke råd om systematisk innhenting av bruker- og pårøndererfaring som grunnlag for forbedring av tjenestene. Dette gjelder blant annet implementering av kunnskapsbaserte verktøy for tilbakemeldinger fra brukerne på tjenester de mottar. Det anbefales også at det etableres gode rammer for opplæring og utvikling av recovery-basert praksis for å understøtte tjenestene i arbeidet med å operasjonalisere en slik praksis. For å styrke oppmerksomheten foreslår direktoratet at nasjonale myndigheter i større grad legger til rette for økte krav og forventninger om brukervedvirkning knyttet opp mot de statlige økonomiske virkemidlene, både for kommuner og spesialisthelsetjeneste.

7 Tidlig innsats

Hovedmål 2 i opptrappingsplanen er å sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig. Tidlig innsats betyr ikke i denne sammenhengen nødvendigvis tidlig i alder, men i et eventuelt forløp med utvikling av rusproblemer. Vi har seks indikatorer for å følge utviklingen på dette området. I tabell 7.1 viser vi oppdaterte tall per 2019. Som vi poengterte i forrige statusrapport, er det her en positiv utvikling på alle indikatorene (Hansen mfl. 2019). Dette er tilfelle også på målingen per 2019.

Tabell 7.1 Fjerde måling av hovedmål 2.

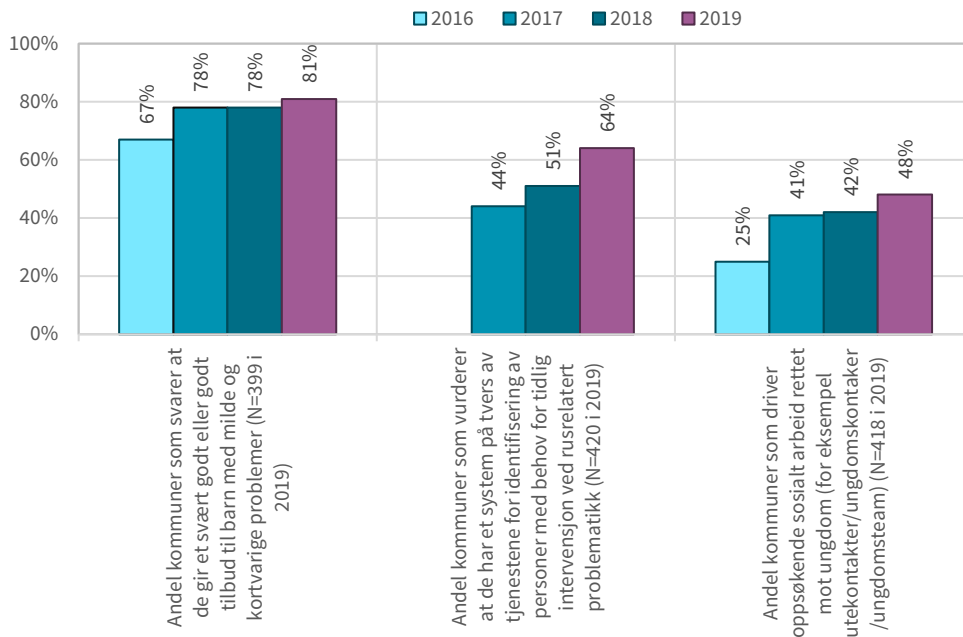
#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
39	Innsats Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere 0–5 år, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	SSB	133	143	158	167	5,9%	7,9%
42	Aktivitet Andel kommuner som vurderer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk	IS-24/8	N/A	44%	51%	64%	13,0%-poeng	10,0%-poeng
43	Aktivitet Andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)	IS-24/8	25%	41%	42%	48%	6,0%-poeng	7,7%-poeng
44	Resultat Antall meldinger til barnevern om barns rusmiddelbruk, alle typer meldere (barnet selv, familie, venner, lag og organisasjoner mv.)	SSB	1252	1499	1648	1965	19,2%	16,2%
45	Resultat Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til voksne med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser	IS-24/8	62%	74%	73%	80%	7,0%-poeng	6,0%-poeng
46	Resultat Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til barn med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser	IS-24/8	67%	78%	78%	81%	3,0%-poeng	4,7%-poeng

Der som verdi ikke er tilgjengelig for 2016, beregnes vekst fra 2017.

I rapporten for 2019 viste vi til at på området tidlig innsats for utsatte barn og unge, har det vært en betydelig innsats og oppmerksomhet de siste årene, blant annet gjennom det statlige 0–24-samarbeidet. I mange kommuner er det flere prosesser for å styrke både samhandlingen på tvers av tjenester på oppvekstfeltet og mulighetene for tidlig intervensjon (Hansen, Jensen & Fløtten 2020). I tabell 7.1 ser vi for eksem-

pel at ressursene til helsestasjonene og skolehelsetjenestene har økt betydelig gjennom hele perioden (indikator 39). Ulike deler av den kommunale innsatsen for å kunne identifisere og følge opp barn og unge med rusmiddelproblemer, rapporteres som å være styrket i perioden (figur 7.1).

Figur 7.1 Kommunal innsats og aktivitet for barn og unge, 2016–2019.



Kilde: IS-24/8 og SSB

Mer enn åtte av ti kommuner oppgir i 2019 at de gir et svært godt eller godt tilbud til barn med milde og kortvarige problemer (indikator 46). Det er betydelig flere kommuner i 2019 enn i 2016 som oppgir at de har et system på tvers av tjenester for å identifisere personer med rusrelaterte problemer på et tidlig tidspunkt, fra 44 prosent i 2016, til 64 prosent i 2019 (indikator 42). Vi ser også at nær halvparten av kommunene i 2019 oppgir at de har oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, som for eksempel utekontakt, i 2016 var det kun en firedel av kommunene som oppga det samme (indikator 43).

Fra det kvalitative materialet vet vi at det å ha tjenester som jobber ambulant og har spesifikk kompetanse om ungdom, vektlegges av mange for å kunne komme i en posisjon til både å identifisere rusproblemer hos unge på et tidlig tidspunkt og gi relevant oppfølging. Noen av casekommunene påpeker at de har styrket sitt oppsøkende arbeid overfor unge i perioden. Og selv om vi her ser en positiv utvikling i kommunenes vurdering av tjenestene på dette området, er det flere i nøkkelintervjuene med kommunene som er bekymret for hvorvidt de klarer å komme i posisjon til å gi unge med rusrelaterte problemer relevant oppfølging på et tidlig tidspunkt.

Noen mener at en uheldig konsekvens av at de har slått sammen rus- og psykisk helsefeltet i kommunen, er at de har fått mindre ruskompetanse i NAV, og at de derfor i mindre grad klarer å identifisere og følge opp personer med rusproblemer på en hensiktsmessig måte. Vurderingen er at særlig en del unge voksne med begynnende rusproblemer ikke vil oppsøke en spesifikk rus- og psykisk helsetjeneste, men de vil gjerne oppsøke NAV, fordi de kanskje har behov for økonomisk bistand eller bolig. Generelt for tidlig identifisering av rusmiddelproblemer og tidlig intervensjon, er det

å ha kompetanse om rusproblemer og avhengighet i de øvrige tjenestene viktig. Dette gjelder eksempelvis i NAV, hos fastlegene, helsestasjonene, i barnevernet og med hensyn til eldre i hjemmetjenestene. Her er det flere informanter som påpeker at det er behov for mer oppmerksomhet.

Et område vi har tatt opp tidligere, er om man i hjemmetjenesten og hos fastleger klarer å fange opp alkoholproblemer hos brukere og pasienter. Vi har i kapittel 5 vist at det er indikasjoner på at eldre drikker mer enn tidligere. Kompetansesenter rus Oslo har hatt oppmerksomhet om eldre, alkohol og legemiddelbruk over flere år. Som del av dette gjorde kompetansesenteret en kartlegging i bydel Sagene i 2019. Denne kartleggingen bekrefter mange av tilbakemeldingene som tidligere har kommet fra informanter i casekommunene i vår evaluering. Det er mange ansatte i hjemmetjenesten som er usikre på hvilke rutiner som gjelder ved bekymring for Eldres alkohol- og legemiddelbruk, noen melder ikke bekymring, og ansatte oppgir at de ønsker mer kompetanse og kurs om eldre, alkohol og legemiddelbruk (Kompetansesenter rus Oslo 2019).

Indikator 44 viser at det i perioden har vært en jevn økning i antall meldinger til barnevernet om barns rusmiddelbruk. Dette er meldinger fra alle typer meldere, barnevernet selv, foreldre, organisasjoner, skole mm. Som vi har drøftet tidligere, har vi opprinnelig tenkt en økning her som en positiv utvikling, flere tar kontakt med barnevernet og er oppmerksom på at de bør melde bekymring. På den andre siden kan dette selvsagt indikere at det blant en del barn og unge er en bekymringsfull utvikling i rusbruk. Utover dette har vi ikke noe data som sier noe om hvordan barn og unge selv erfarer at meldinger om rusmiddelbruk blir behandlet i barnevernet eller om deres vurdering av eventuelle iverksatte tiltak. I Helsedirektoratets rapport på opptrappingsplanen er det en felles rapportering fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet for innsatsområdet tidlig innsats. Her blir det blant annet poengtert at det er behov for rusfaglig kompetanse i barnevernet (Helsedirektoratet 2020:53). I dialogmøte med et utvalg brukerorganisasjoner i forbindelse med denne statusrapporten og dialog med AU om opptrappingsplanen for rus, ble det også tatt opp at det er behov for å ha mer oppmerksomhet om oppfølging av rusmiddelproblematikk i barnevernet, og som del av dette også hvilket tilbud ungdom med rusmiddelproblemer mottar i barnevernets institusjoner.

I den kvalitative delen av brukertilfredshetsundersøkelsen blant unge blir det påpekt at det er flere av informantene som har hatt utfordringer i møte med NAV (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020b). Det kan blant annet være vanskelig å få kontakt med NAV, og det kan oppleves som problematisk å ikke ha en fast kontaktperson (ibid.:27–28). Det å ha kompetanse om unges situasjon er et forhold som tas opp i rapporten. Det kan ha betydning for å få tillit og utvikle en relasjon. Dette har også blitt tatt opp i intervjuer med casekommuner i evalueringsperioden. I KoRus Midt-Norge sin vurdering av forbedringsområder på bakgrunn av brukerintervjuene med unge, påpekes særlig behovet for at ansatte i møte med unge griper inn på et tidlig stadium, men på en måte som ikke oppleves som straffende eller disiplinerende (ibid.:68).

I den kvalitative brukererfaringsundersøkelsen blant eldre er det hjemmetjenesten som får mest oppmerksomhet hos informantene (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020a). I rapporten påpekes det at inngangen til tjenester kan oppleves vanskelig, mest for eldre som ikke har hatt kontakt med tjenesteapparatet tidligere; det vil si de som ikke har tett kontakt med deler av det kommunale tjenesteapparatet eller fastlegen.

Funnene illustrerer behovet for at kommunale tjenester har kompetanse om det å identifisere rusproblemer på et tidlig tidspunkt, og også kompetanse om hvordan rusproblemer kan håndteres. Det er særlig målsettingen om tidlig innsats som illustrerer betydningen av rusfaglig kompetanse i mange deler av tjenesteapparatet, og ikke kun i de spesifikke rus- og psykiske helsetjenestene. Flere av casekommunene er opptatt av dette. Flere tar opp betydningen av at fastlegene er oppmerksomme på rusproblematikk og at de kjenner til hvilke tjenester som finnes i kommunen. Disse aktørene må ha kjennskap til innretting av tjenestene for personer med rusproblemer, at det eksempelvis er mulig å få hjelp også for de som ikke har et ønske om å slutte å ruse seg. Fastlegene har en viktig rolle for å kunne koble på relevant tjeneste. I Karmøy kommune har det vært stor pågang til det etablerte tilbudet rask psykisk helsehjelp. Noe av årsaken til dette mener de sannsynligvis skyldes at tilbudet er blitt mer kjent blant fastlegene. Av de som tar kontakt med rask psykisk helsehjelp, er det også personer med rusproblemer.

Samarbeid på tvers av tjenester har betydning for tidlig intervensjon. Figur 7.1 viser at det er en betydelig høyere andel kommuner som nå mener de har ulike systemer på tvers av tjenester for tidlig identifisering av personer med rusrelaterte problemer (indikator 42).

Et eksempel fra Vadsø kan illustrere betydningen av samarbeid ytterligere. Kommunen har hatt et initiativ for raskere respons siden 2017. Kommunen fikk da til en avtale med politi og lege, som inkluderte at disse instansene skulle få svar fra rus- og psykisk helseenhet innen tre dager dersom de tok kontakt om en person med rusmiddelproblemer. Dette krevde samtykke fra bruker, men har ført til både raskere håndtering og tettere samarbeid. I 2019 startet kommunen Psykhjelpa, hvor enhet psykisk helse og rus prøver ut et samtaletilbud for ungdom og unge voksne. Her har det vært samarbeid med skolen og med helsesøster, og tilbudet er blant annet presentert på ungdomshuset.

Flere kommuner vektlegger betydningen av oppsøkende arbeid overfor unge. Oslo kommune presenterte i juni i år en egen Oslo-standard for oppsøkende arbeid blant utsatte unge (Oslo kommune 2020). Dette er del av en forebyggende satsing på rusfeltet, og gir en standard og faglige kvalitetskriterier for oppsøkende ungdomstjenester for unge i Velferdsetaten og bydelene.

8 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat

Hovedmål 3 i opptrappingsplanen er at «alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud». Dette er et svært omfattende hovedmål, som kan strekke seg fra alle tilgjengelige tilbud og tjenester i kommunene, via sammenheng i tjenestetilbudet, til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. På dette området er det 18 indikatorer som gir et bilde av utviklingen i opptrappingsperioden. I tabell 8.1 viser vi utviklingen til og med 2019 for 15 av disse. For tre av indikatorene har vi ikke tilgjengelige tall for 2019 per i dag: det gjelder antall polikliniske årsverk i TSB, antall mottaks- og oppfølgingsssenter som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen, og antall kommuner som har delt ut brukerutstyr for skadeforebygging.

I kapittel 2 redegjorde vi for at vi i 2018 reviderte indikatorsettet, og da ble indikator 48, 49, 50 og 51 tatt ut. Dette var indikatorer som viste utvikling på antall årsverk på hovedforløpene: 1) milde og kortvarige problemer/lidelser, 2) kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, 3) alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Det er derfor et sprang i tabellen fra indikator 47 til 52. I den sammenhengen vil vi minne om at vi i kapittel 4 viser at det har vært en betydelig økning i antall årsverk innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i perioden. Denne økningen i årsverk har også vært fulgt av en økning av kompetansen på rusfeltet i kommunene.

I den videre drøftingen ser vi nærmere på utviklingen innen tilgjengelighet til tjenester i kommunene, kommunenes egen vurdering av tjenestetilbudet og brukernes vurdering. Sist ser vi på utviklingen i kommunenes vurdering av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Tabell 8.1 Fjerde måling, indikatorer hovedmål 3.

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
47	Innsa Antall polikliniske årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	SAMDATA	1105	1101	1097	N/A	N/A	N/A
52	Antall mottaks- og oppfølgingsssenter (MO-senter) som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»	Fylkesmannen	4	7	4	N/A	N/A	N/A
53	Andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk	IS-24/8	N/A	70%	83%	92%	9,0%-poeng	11,0%-poeng
54	Aktiviteter Andel kommuner som rapporterer at de har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (ACT, FACT, andre som gjelder voksne, og andre som gjelder barn)	IS-24/8	N/A	26%	25%	44%	19,0%-poeng	9,0%-poeng

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
55	Andel kommuner som har delt ut brukerstyr for skadereduksjon (utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson neseppray, kondomer/glidemiddel eller engangstannbørster)	KORFOR	26%	31%	36%	N/A	N/A	N/A
56	Median ventetid (antall dager) før behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter	IS-2706	27	27	27	27	0,0%	0,0%
57	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende	BU	N/A	49%	N/A	54%	N/A	2,5%-poeng
58	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	73%	71%	75%	79%	4,0%-poeng	2,0%-poeng
59	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	41%	61%	62%	65%	3,0%-poeng	8,0%-poeng
60	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	54%	59%	62%	65%	3,0%-poeng	3,7%-poeng
61	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	35%	41%	43%	42%	-1,0%-poeng	2,3%-poeng
62	Andel brukere som rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere/mestre rusmiddelproblemer	BU	N/A	41%	N/A	46%	N/A	2,5%-poeng
63	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestene som tilfredsstillende	BU	N/A	53%	N/A	59%	N/A	3,0%-poeng
64	Andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen	TSB	N/A	60%	N/A	80%	N/A	10,0%-poeng
65	Andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad	TSB	N/A	31%	N/A	67%	N/A	18,0%-poeng
66	Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for voksne med rusmiddelproblemer	IS-24/8	47%	41%	48%	48%	0,0%-poeng	0,3%-poeng
67	Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for unge med rusmiddelproblemer	IS-24/8	36%	33%	33%	32%	-1,0%-poeng	-1,3%-poeng

Resultat

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
68	Andel kommuner som mener at kommunen/bydelen i stor eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for dem med rusrelaterte problemer	IS-24/8	N/A	45%	48%	54%	6,0%-poeng	4,5%-poeng

Dersom verdi ikke er tilgjengelig for 2016, beregnes vekst fra 2017.

Samlet viser oversikten i tabell 8.1 at det i hovedsak er en utvikling i retning bedre måloppnåelse når det gjelder et mer tilgjengelig og helhetlig tjenestetilbud. De kvalitative intervjuene understøtter det samme overordnede bildet. I opptrappingsperioden har det vært en utvikling av i retning av flere tilbud og bedre tilgjengelighet til tjenester for brukerne i mange kommuner. Samtidig er det, som presisert tidligere, store variasjoner mellom kommunene, både i omfang av tjenester og tilbud. Selv om det er en positiv utvikling, er det fortsatt behov for å fortsette utviklingen av tjenestetilbudet og/eller innrettingen av tjenestene flere steder.

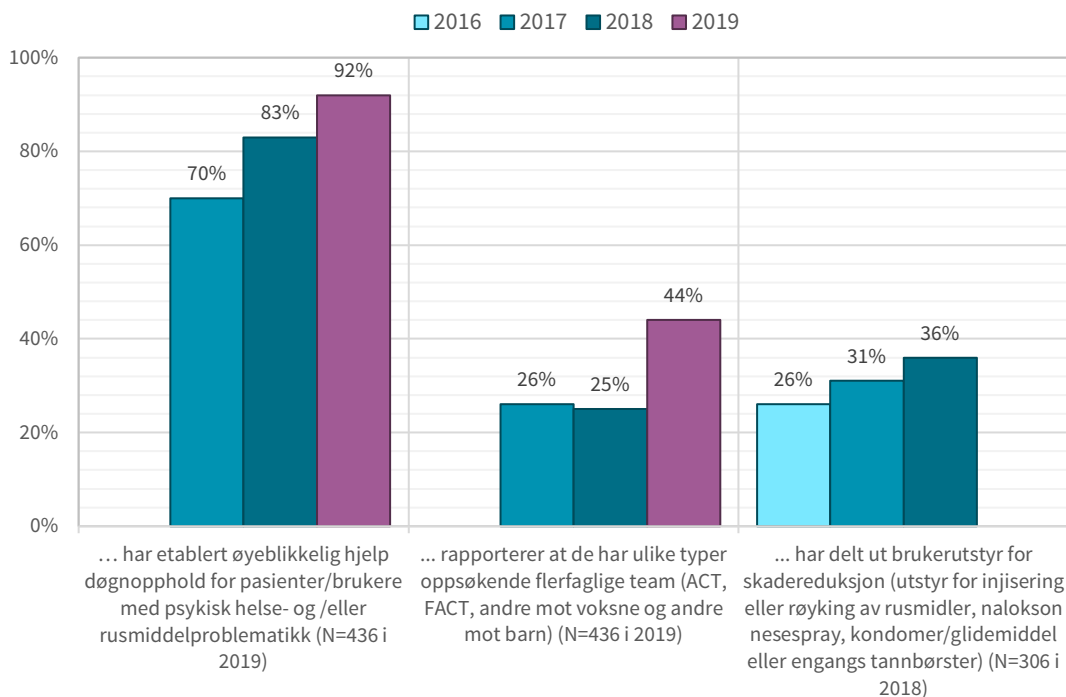
8.1 Tilgjengelighet til tjenester i kommunene

I indikatorsettet har vi fire indikatorer som viser aktivitet, eller utvikling i ulike typer av tjenester i kommunene. Den første indikatoren gjelder mottaks- og oppfølgings-senter (MO-senter), men dessverre kun begrenset til MO-senter som er innvilget støtte gjennom «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov» (indikator 52). Vi har tidligere vist at flere mottakssentre er etablert uten støtte fra denne tilskuddsordningen, det gjelder eksempelvis en av casekommunene i evalueringen, Karmøy (Hansen mfl. 2018b:80). Vi har ikke oppdaterte tall for 2019 på denne indikatoren. Av casekommunene vet vi at Trondheim, Sandnes, Karmøy og tidligere Fjell kommune, nå Øygarden, har definerte MO-senter. Gamle Fjell kommune er en av kommunene som har utviklet MO-senter i perioden (se Hansen mfl. 2018:82). Senteret startet opp våren 2016, og i intervju med kommunen i år viser de til at tilbudet har etablert seg som en viktig del av tilbudet på rusfeltet. Besøkstallene har økt, og vurderingen er at brukerne er fornøyd med tilbudet. I de øvrige delene av den nye storkommunen Øygarden har de ikke hatt et lignende tilbud, og det er under vurdering hvordan tilbudet eventuelt kan utvides i tråd med at den nye kommunen er betydelig større.

I opptrappingsplanen er det et definert mål å utvikle denne typen tilbud i alle de store byene. I casestudiene i evalueringsperioden har vi sett at det som vektlegges av fordelene ved MO-sentrene, er at de skal representere en enklere vei inn til tjenester for personer med rusproblemer, bedre tilgjengelighet og tilgang til et spekter av ulike tjenester og tilbud. Selv om ikke alle casekommunene har akkurat denne typen tilbud, så er det flere steder, som i Oslo med eksempelvis Prindsen mottakssenter, eller Losen lavterskelsenter i Tromsø, som tilbyr flere tjenester samlet på ett sted, samtaler, utredninger og eventuelle videre henvisninger. I noen kommuner er det kun vedtaksbaserte tjenester, og i disse kommunene presiseres det et behov for å styrke tilgjengeligheten til tjenester, både for personer som har omfattende rusproblemer og for personer med begynnende rusproblemer.

På andre områder har vi bedre data for utviklingen av tjenestetilbudet i kommunene. I figur 8.1 viser vi utviklingen i opptrappingsperioden for øyeblikkelig hjelp, døgnopphold, oppsøkende flerfaglige team og utdeling av brukerstyr.

Figur 8.1 Tilgjengelige tjenester i kommunene, indikator 53, 54 og 55.



Kilde: IS-24/8 2017, 2018 og 2019 og KORFOR 2018

Det har vært en betydelig utvikling i etablering av øyeblikkelig hjelp til døgnopphold for målgruppen i opptrappingsperioden. Kommunene har i høy grad fulgt opp forpliktelsene de har på dette området etter helse- og omsorgstjenesteloven, og nå oppgir over 90 prosent at de har etablert et slikt tilbud (indikator 53). Det vil være interessant fremover å få mer kunnskap om hvordan disse plassene blir brukt og eventuelt inngår i det kommunale tilbudet på rusfeltet. I statusrapport tre hadde vi ikke fått oppdaterte tall for 2018 på utdeling av brukerutstyr (indikator 55), men det har vi i denne målingen. Vi ser at det har vært en jevn økning i hele opptrappingsperioden, og i 2018 var det 36 prosent av kommunene som oppga at de hadde delt ut brukerutstyr, eksempelvis utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson nesepresspray, kondomer/glidemiddel eller engangs tannbørster. Ut fra noen av intervjuene med casekommunene og bydelene i Oslo om håndtering av koronasituasjonen, vil vi anta at denne andelen har økt ytterligere for 2019 og 2020. Som for alle tilbud innenfor rusfeltet, vil det være behov for lokale vurderinger og tilpasninger. En av casekommunene tok opp at de hadde etablert gratis utdeling av brukerutstyr, men at ordningen ikke var blitt benyttet. Dette ble satt i sammenheng med rusbildet i kommunen og en vurdering av at det ikke var noe særlig behov for denne ordningen.

Flerfaglige team og særlig oppmerksomhet om FACT

Gjennom hele opptrappingsperioden har det vært stor oppmerksomhet om utviklingen av oppsøkende flerfaglige team. Mange kommuner har hatt prosesser for å gjøre tjenestene mer ambulante og fleksible, slik at de skal kunne tilby tjenester både hjemme hos brukere og på andre arenaer. Det er utviklet flere typer av flerfaglige oppsøkende team. Noen kommuner har etablert Housing first-prosjekter, hvor etablering av flerfaglige oppfølgingsteam er en vesentlig del av modellen. I Norge har

målgruppen for Housing first-prosjekter ofte vært personer med rusmiddelproblemer og i noen tilfeller også psykisk helseproblemer (Barvik & Flåto 2018).

I opptrappingsplanen er det en målformulering om å stimulere til opprettelse av flere flerfaglige oppsøkende behandlingsteam i perioden, blant annet etter modell av ACT¹³. I etterkant er det blitt mer oppmerksomhet om implementering av FACT-team¹⁴, som er en tilpasning av ACT. I figur 8.1 ser vi at det har vært en betydelig økning i andel kommuner som oppgir at de har tilgang til ulike typer av oppsøkende flerfaglige team, som ACT eller FACT; fra 26 prosent i 2017, til 44 prosent i 2019 (indikator 54).

FACT-modellen innebærer oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til personer med alvorlig psykiske lidelser og sammensatte problemer. Fylkesmannsembetene, Kompetansesenter rus og NAPHA har hatt en betydelig rolle i å stimulere til utbredelsen av FACT-team. Dette inkluderer kunnskapsutvikling, nettverk og faglig veiledning, men en viktig del er selvsagt fylkesmannens forvaltning av tilskuddsmidler. En stor andel av midlene til kommunalt rusarbeid i 2019 gikk nettopp til stillinger i flerfaglige oppsøkende team. I stortingsproposisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet til statsbudsjettet for 2021 viser de til at det i 2019 ble gitt tilskudd til 52 FACT-team, ni forprosjekter og to ACT-team (Helse- og omsorgsdepartementet 2020:262).

I forrige rapport vurderte vi at det i 2019 ville være en betydelig større andel kommuner som ville rapportere at de hadde FACT-team eller andre typer flerfaglige oppsøkende team (Hansen mfl. 2019:94). Dette skyldes blant annet at vi visste at det var et stort antall forprosjekter, og oversikten over tildelte tilskuddsmidler til dette formålet i 2018 var større enn det som gjenspeilte seg i IS 24/8-kartleggingen i 2018, som indikator 54 baserer seg på. Det er grunnlag for å vurdere at antallet kommuner som har tilgang til denne typen team har økt ytterligere i 2020. Oversikten over tildelte midler til FACT-team i 2019 tyder på det, men også intervjuene med de tidligere casekommunene. Flere steder er det prosesser knyttet til utvikling av FACT-team. Det er eksempelvis FACT-team under utvikling i Finnmark, og hvor Vadsø vil være blant de inkluderte kommunene. Det er FACT-team under oppstart i Tromsø, og det ble startet opp interkommunalt FACT-team som inkluderte Østre Toten kommune i mars i år. Det er også prosesser knyttet til etablering av FACT-team ved Øyane DPS for nye Øygarden kommune. Tidligere Fjell kommune hadde etablert et eget kommunalt forankret FACT-team. Dette teamet ble ikke videreført i den nye storkommunen, men intervjuer med kommunen viser at de nå er involvert i prosesser knyttet til etablering av FACT-team forankret i spesialisthelsetjenesten.

FACT-modellen har vist seg å fungere for å nå frem med mer sammenhengende tjenester til personer med sammensatt problematikk. I år kom evalueringen av de syv første FACT-teamene i Norge (Landheim & Odden 2020). Evalueringen viser at disse første teamene i stor grad har jobbet i henhold til FACT modellen. Når det gjelder inkludering av personer med rusproblemer, har to av FACT-teamene i all hovedsak inkludering av personer med rus- og psykiske lidelser, mens andelen med rusproblemer i de øvrige fem teamene har ligget på mellom 25 og 50 prosent (ibid.:138–139). Evalueringen viser at modellen har bidratt til mer helhet og sammenheng i tjenestetilbudet til brukerne. Ved oppfølging etter FACT-modellen har brukerne fått mer kontinuitet i behandling og oppfølging. Samhandling mellom involverte aktører er blitt bedre. Både brukere og pårørende er i stor grad tilfreds med tjenestene. Teamene

¹³ Assertive Community Treatment

¹⁴ Flexible Assertive Community Treatment (fleksibel aktiv oppsøkende behandling).

har hatt lavt frafall og i stor grad klart å holde kontakt med brukerne og sørget for kontinuitet i oppfølgingen. Flere av samarbeidspartnerne, særlig fra kommunene, mente at målgruppen for FACT-teamene burde utvides. De nevnte da særlig personer med rusproblemer, alvorlig atferdsproblematikk, lavt funksjonsnivå og med store og sammensatte problemer. Det å legge større vekt på funksjonsnivå enn på diagnosekrav, var en del av vurderingen (ibid.).

Disse vurderingene kjenner vi igjen fra casestudiene. I flere kommuner er det drøftinger med spesialisthelsetjenesten om defineringen av målgruppen. Eksempelvis har Tromsø ønsket også å inkludere rusdiagnoser i målgruppen for FACT-teamet. I forrige rapport viste vi til at det i Sagene bydel var etablert egne RusFACT-team (Hansen mfl. 2019:44–45). Dette er et samarbeid mellom Sagene bydel, Velferdsetaten og Oslo Universitetssykehus ved avdeling rus- og avhengighetsbehandling. Tilbudet er etablert for å gi et særskilt tilbud etter FACT-modellen til personer med alvorlige ruslidelser, men som kanskje ikke vil kvalifisere til opptak i ordinære FACT-team fordi de ikke tilfredsstillere diagnosekravene knyttet til psykiske lidelser. Denne modellen med RusFACT er nå under etablering også for bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen. I tillegg etableres egne FACT ung-tilbud, som har en litt annen innretning for å kunne nå gruppen unge med psykiske lidelser og eventuelt rusproblematikk. Etableringen av FACT ung er lagt inn som prioritert satsing i statsbudsjettet for 2021.

Evalueringen av FACT viser at vurderingene er gode både fra brukere og pårørende. For et utvalg av brukere som er fulgt over to år, registreres det bedring på de fleste områder i livet. Brukerne selv rapporterer om bedre livskvalitet på nesten alle områder, bortsett fra forholdet til familie. Det er verdt å merke seg at det ikke er mulig å måle noen endring i rusbruk blant de som ruser seg, men noe reduksjon i alvorlighetsgrad når det gjelder problematisk bruk av alkohol (Landheim & Odden 2020:83–84).

Evalueringen gir viktig informasjon når denne modellen nå etableres stadig flere steder i landet. På bakgrunn av resultatene er det i rapporten utformet en rekke anbefalinger til den videre utviklingen av FACT-modellen i Norge (ibid.:148). Dette inkluderer blant annet å utarbeide en norsk FACT-skala tilpasset norsk kontekst, som inneholder elementer om samhandling og kriterier for helhetlige og integrerte tjenester. I rapporten er det vist at det ikke alltid nødvendigvis er like god samordning med øvrige tjenester i kommunen. Et siste område vi tar med, og som vi kommer tilbake til i neste kapittel, er anbefalingene om å styrke innsatsen for å integrere brukeren i lokalsamfunn gjennom arbeid, utdanning, meningsfylt aktivitet, sosialt nettverk og fritidsaktiviteter. Et av tiltakene kan da være at FACT-teamene er tilgjengelige utover ordinær arbeidstid for å bidra til bedre livsmestring på ulike arenaer (ibid.).

FACT-team eller ACT-team vil ikke være aktuelt for alle kommuner. I noen kommuner vil det ikke være befolkningsgrunnlag for denne typen spesialiserte team, andre kommuner kan vurdere at de har utviklet eget tjenesteapparat og samarbeid med spesialisthelsetjeneste, slik at det tilfredsstillere hensyn til helhet og kontinuitet i oppfølgingen av brukerne. Noen ønsker ikke denne typen særegne team ved siden av ordinære tjenester. Blant casekommunene er det eksempler på denne typen vurderinger. Samtidig er noen av vurderingene som gjøres om FACT-teamene også relevante for andre tjenester. Spørsmålet om tilgjengelighet til tjenesteapparatet utover ordinær arbeidstid har blitt tatt opp tidligere av flere i casekommunene. Det er få tjenester for brukerne som er tilgjengelige etter kl. 16:00, og dette gir begrensninger i mulighetene for å møte brukernes behov. Som vist over, har det vært en styrking av

oppsøkende tjenester, likevel er det flere som peker på at mange av tilbudene på rusfeltet krever oppmøtekompetanse. Brukerne må oppsøke lavterskeltilbud og møte opp til avtaler. For å nå enkelte grupper er det ytterligere behov for å styrke tilgjengelighet til tjenestene på brukernes premisser. For noen vil det bety å ha mer oppsøkende og ambulante tjenester.

Behov for utvikling i tjenestetilbudet

Flere kommuner beskriver utviklingsprosesser som har gitt et bedre tjenestetilbud til brukerne. Det er eksempler på større mangfold i tjenestetilbudet flere steder. Tilbakemeldingen fra kommuner og andre aktører peker likevel på at det fortsatt er utfordringer og behov for videre utvikling.

Det er, som tidligere nevnt, stor variasjon både i kapasitet og kompetanse i tjenestetilbudet mellom kommuner, men det er også noen områder som peker seg ut som å ha behov for utvikling av tilbudet. Dette gjelder først og fremst tjenestetilbudet til personer med sammensatt problematikk; som oftest personer med samtidig rusavhengighet og psykiske helseplager (ROP). Noen tar særlig opp utfordringer knyttet til utagering og potensiell voldsrisiko hos en avgrenset gruppe. En av casekommunene presiserer i årets intervju samtale at de har utviklet tjenestetilbudet og gir bedre oppfølging, men at de har en liten gruppe brukere som ikke passer inn i de etablerte tilbudene, og som de strever med å gi hensiktsmessig oppfølging. Selv om gruppen er liten, tilsier deres behov at det er svært ressurskrevende for kommunen å gi adekvate tilbud. Ofte trenger de både et tjenestetilbud og et egnet botilbud. For å lykkes i arbeidet må man styrke kompetansen, utvikle tilbud og få til samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Noen av disse brukerne vil kunne få et bedre tilbud ved å få tilgang til eksempelvis FACT-oppfølging, men for andre er det spesifikke forhold, som rusbruk eller voldsproblematikk, som gjør at de har behov for mer spesifikke løsninger. Flere steder er ikke denne typen spesialiserte tjenester tilgjengelig. Også i tidligere statusrapporter har vi pekt på at dette er et område med behov for utvikling og styrking av tilbudet. Gruppen med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer er spesifisert som en av gruppene som skal prioriteres i de nye helsefelleskapene. I nasjonal helse- og sykehusplan for 2020–23 er et av de nye grepene at det skal opprettes 19 helsefelleskap, hvor spesialisthelsetjenesten og kommunene skal samarbeide om utvikling av tjenestene for de mest sårbare brukerne.

Et annet tema som blir tatt opp av flere casekommuner i år, er behovet for å styrke tilbudet om oppfølging innen somatisk helse for brukergruppen. Mange observerer at det er brukere som har somatiske plager som ikke får tilstrekkelig oppfølging av sin fysiske helse. To av kommunene presiserer at dette er ikke kun et spørsmål om å utvikle tjenester som feltpleie, men også om å sikre helsekompetanse innen oppfølgingstjenestene, slik at brukerne får bedre oppfølging av sin fysiske helse. En av informantene i casekommunene sier at de har utviklet den sosialfaglige kompetansen i mange oppfølgingstjenester, men at det er behov for å styrke også den helsefaglige kompetansen. Dette må inkludere kompetanse innen somatikk, men også om rus og avhengighet. I noen kommuner presiseres det at brukerne blir eldre og at dette øker behovet for oppfølging av somatisk helse.

Innretting og organisering

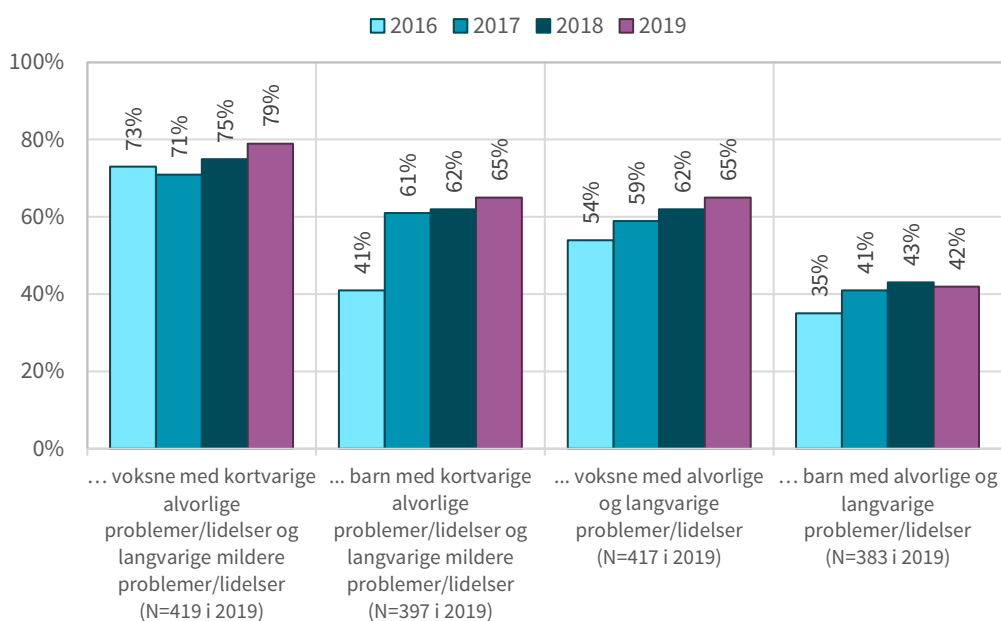
Flere av kommunene viser til at ikke alle utfordringene på rusfeltet nødvendigvis er et spørsmål om utvikling av nye tjenester, men like gjerne om innretting av de tilbudene og tjenestene som finnes. Man må i større grad tilpasse tjenestene til brukernes

behov, få til større samhandling med andre aktører, eller bedre organisering av tjenestene. Vi har tidligere vist til at det blant annet har vært en større samordning av rus- og psykiske helsetjenester i kommunene i løpet av opptrappingsperioden. Flere vurderer at dette har styrket fagmiljøet og tjenestene til brukerne. Det kan være interessant med nærmere studier av hvordan dette bidrar til utvikling av tjenestene på rusfeltet fremover. Det finnes ikke spesifikke evalueringer av denne endringen av tjenestene i kommunene. Parallelt har det foregått en betydelig fagutvikling i tjenestene, med blant annet større vektlegging av brukerorientering eller det å jobbe mer recovery-orientert. Et annet område som tas opp er utvikling av ruskompetanse i ulike tjenester i kommunen og god samhandling mellom ulike tjenester. I forrige kapittel viste vi blant annet til betydningen av dette for å lykkes med tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, og for tilgjengelighet til tjenester for brukere som ikke er kjent med de etablerte rus- og psykiske helsetjenestene fra før. I indikatorsettet ser vi en økning i andelen kommuner som vurderer at de i stor eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester på rusfeltet, fra 45 prosent i 2017, til 54 prosent i 2019 (indikator 68).

Kommunenes vurdering av tjenestetilbudet

I intervjuene med casekommunene blir det gitt uttrykk for at det har vært en utvikling av tjenestetilbudet i kommunene. Denne vurderingen ser en også i kartleggingen av kommunalt rus- og psykisk helsearbeid (figur 8.2).

Figur 8.2 Andelen kommuner som vurderer tjenestene sine som svært gode eller gode til ... (indikator 58,59,60 og 61).



Kilde: IS-24/8 2016, 2017, 2018 og 2019

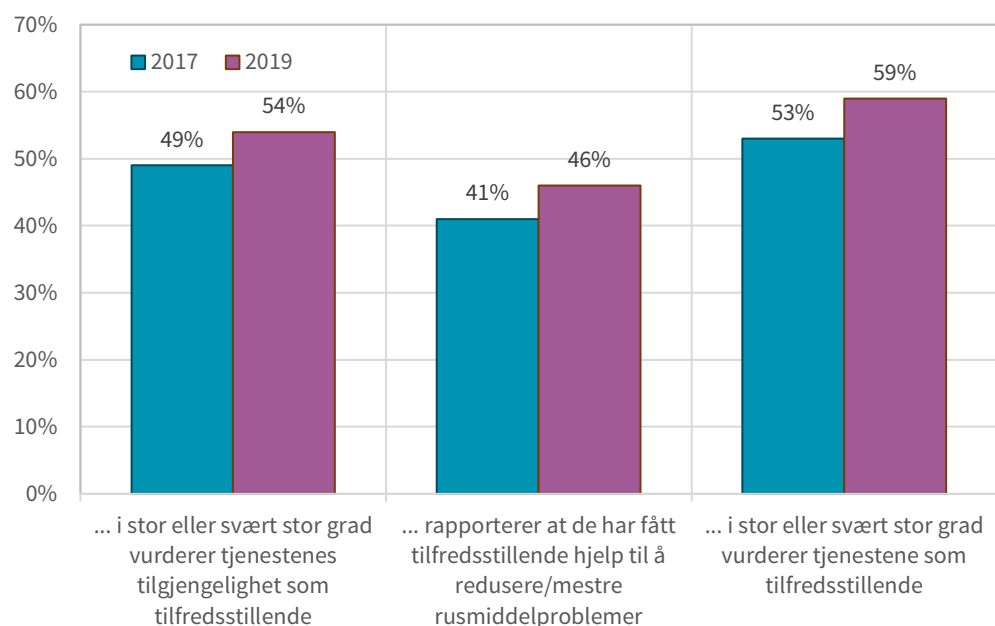
Figuren illustrerer at det er en positiv utviklingstrend for opptrappingsperioden i kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud til brukerne, bortsett fra når det gjelder barn med alvorlige og langvarige problemer. Det skal samtidig påpekes at om vi ser utviklingen også for denne gruppen i lys av status i 2016, er den positiv i perioden. Bortsett fra det, illustrerer figuren, i likhet med analysene over, at det er et fortsatt

utviklingsbehov i tjenestetilbudet i kommunen. Det gjelder i særlig grad tjenester for brukere med alvorlige og langvarige problemer, og ikke minst for barn med alvorlige og langvarige problemer. Kun 42 prosent av kommunene vurderer at de har et godt eller svært godt tilbud til barn og unge med omfattende og langvarige problemer (indikator 61). I rapportering på opptrappingsplanen for rusfeltet fra Helsedirektoratet (2020), bemerkes det at mange kommuner mener at det er få i kommunene som jobber med denne gruppen barn og unge, og at de skal motta tjenester i spesialisthelsetjenesten (ibid.:29). Helsedirektoratet påpeker at barn og unge med omfattende problemer sjelden vil være innlagt lang tid i spesialisthelsetjenesten, og et eventuelt tilbud fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) vil kun være en del av et oppfølgingstilbud. Helsedirektoratet skriver at situasjonsbildet når det gjelder barn og unge, viser at det er behov for avklaring og tydeliggjøring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og innad i tjenestene. Det er uklarhet om hvem som har tilbud til gruppen og hvilket tilbud som gis. Også brukerorganisasjonene og arbeidsutvalget for opptrappingsplanen tok opp behovet for å ha større oppmerksomhet om kvalitet i tilbudet oppfølging av rusproblemer og behandling i regi av barnevernet. Helsedirektoratet skriver i sin statusrapport at det er uklarhet om hvilke tilbud som gis: «Det er i mange tilfeller tilfeldig om behandlingstilbud gis i barnevernet eller i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og det er svært varierende rusfaglig kompetanse i disse tjenestene» (ibid.:29). Dette tilsier at det er behov for å følge opp på dette området.

Brukernes vurdering av tjenestetilbudet

Vi har ikke tilgang til egne undersøkelser av barn og unges (under 18 år) vurderinger av tjenestetilbudet i kommunene, men i denne statusmålingen har vi oppdaterte tall på brukernes vurdering av tjenestetilbudet fra den nasjonale brukertilfredshetundersøkelsen.

Figur 8.3 Brukernes vurdering av tjenestenes tilgjengelighet og eget tjenestetilbud. Andel brukere som ... (indikator 57, 62 og 63). N=1 336 i 2019.



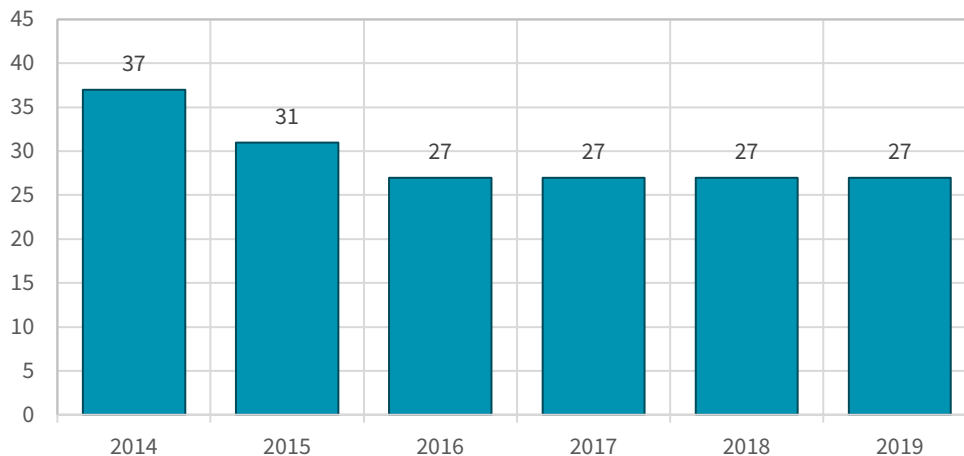
Vi har sett at det er en positiv trend i kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud. Figur 8.3 viser at det også er en positiv utvikling i brukernes vurdering av kommunenes tjenester. En større andel, 54 prosent (tidligere 49, indikator 57), vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende. Det er også flere som vurderer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere eller mestre rusmiddelproblemer, nær halvparten (indikator 62). Hele seks av ti vurderer i stor eller svært stor grad tjenestene de mottar som tilfredsstillende (indikator 63). En kan selvsagt snu disse tallene og se at det fortsatt er mange som ikke opplever tilgjengeligheten som tilfredsstillende eller tjenestene som tilfredsstillende, eller som ikke får den hjelpen de har behov for, men det store bildet er en positiv utvikling i brukernes vurdering av tjenestene. Pasienterfaringsundersøkelsen i TSB viser at det også blant pasienter i TSB er en positiv utvikling i vurdering av behandlingen de mottar (jf. indikator 64). I 2019 var det åtte av ti som vurderte at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen, mens det var seks av ti som mente det samme i 2017.

Tilbudet i spesialisthelsetjeneste og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

De fleste personer med rusproblemer mottar oppfølging av tjenester og tilbud i kommunene. Etter hvert som tilbud og tjenester i kommunene bygges ut og utvikles, vil brukernes tilgang til tjenester som har betydning for den enkeltes bedring, styrkes. I forrige avsnitt viste vi at brukerne i økende grad vurderer at de får oppfølging i kommunene som har betydning for å mestre eget rusmiddelproblem. Tilbudet om behandling innenfor TSB er en viktig del av det samlede tilbudet til brukerne. Det er mye kunnskap om betydningen av rask tilgang til rusbehandling ved behov (og motivasjon), kontinuitet og sammenhengende behandling og oppfølgingstilbud. Å gi et mer sammenhengende tilbud har vært en viktig målsetting ved innføring av pakkeforløpene.

I figur 8.4 viser vi utviklingen i ventetid til behandling innenfor TSB. Vi har valgt å ha med utviklingen fra 2014, for å få med at det var en betydelig utvikling på dette området i årene før opptrappingsplanen for rusfeltet trådte i kraft. Nedgangen kom med innføring av fritt behandlingsvalg og en betydelig økning i døgnkapasitet hos ideelle og private aktører.

Figur 8.4 Median ventetid (antall dager) til behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter. N=9650 pasienter i 2019.

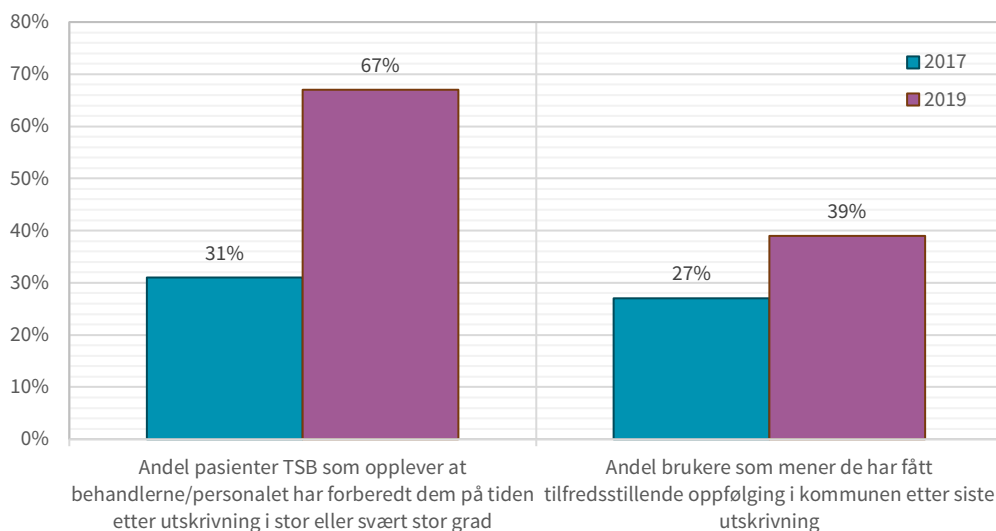


Kilde: Helsedirektoratet, IS-2706

Oversikten viser utviklingen i den midterste ventetiden når alle pasientløp i TSB rangeres fra minste til høyeste antall ventedager. Det er altså median og ikke gjennomsnittlig ventetid som vises. Dette er et mer presist mål enn om en hadde valgt å bruke gjennomsnittsmål, som vil være mer sårbart for tilfeller med svært lang eller svært kort ventetid. Ventetiden før behandling har stabilisert seg på 27 dager og har ligget der i hele opptrappingsperioden.

Over viste vi til at det ifølge pasienterfæringsundersøkelsen i TSB har vært en positiv utvikling i pasientenes vurdering av eget behandlingstilbud (indikator 64). Åtte av ti i 2019 svarer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen de har mottatt. Dette kan indikere at det har vært en prosess i retning større tilpasning av behandling og tilbud til den enkeltes behov. Et viktig mål med opptrappingsplanen for rusfeltet er å utvikle mer helhetlige tjenester og sammenheng i tjenestetilbudet. Pakkeforløpene er ment å innvirke blant annet på større sammenheng i oppfølgingen av brukerne og overgangen mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og videre oppfølging i kommunen. I figur 8.5 viser vi pasienter i TSB sin vurdering av hvorvidt personalet i TSB har forberedt dem på tiden etter utskrivning, og brukere i de kommunale tjenestene sin vurdering av tjenestetilbudet de har mottatt etter siste utskrivning.

Figur 8.5 Vurdering av oppfølging knyttet til overgang fra døgntil behandling til kommunen.



Kilde: Pasienters erfaringer med døgntil behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), nasjonale resultater 1. kvartal 2020 og Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer, delrapport 1 2020.

Det er en bedring av oppfølging av brukerne i overgangen mellom døgntil behandling og kommunen. Mens det i 2017 var kun tre av ti av pasientene i TSB som vurderte at de opplevde at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning på en god måte, er det nå nærmere syv av ti som sier det samme. Det er en betydelig forbedring. Det er også en bedring, om enn i mindre grad, av brukere som i brukertilfredshetsundersøkelsen opplever at de har fått en tilfredsstillende oppfølging av kommunen etter siste utskrivning, men her er det fortsatt en svært lav andel som opplever at de får tilfredsstillende oppfølging, kun fire av ti. Om vi ser nærmere på pasienterfæringsundersøkelsen i TSB, ser vi tendenser til den samme vurdering av tjenestene ute i kommunene. På spørsmål til de pasientene som tidligere har vært

innlagt om oppfølgingen/ettervernet etter utskrivning, var det kun 33 prosent som vurderte denne som tilfredsstillende i stor eller svært stor grad. Dette kan indikere at det er utfordrende for de kommunale tjenestene å møte brukernes behov, men brukernes vurdering av oppfølgingen etter utskrivelse kan også ha med samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune å gjøre.

Intervjuer med kommunene viser at det fortsatt er variasjon i vurderingen av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ved innleggelser i døgnbehandling, og mer spesifikt om planleggingen av utskrivning og oppfølging etter utskrivning. Noen av kommunene sier at de fortsatt ikke ser at det er skjedd endringer knyttet til bedre planlegging av livet etter behandling eller i samarbeidet med kommunen som følge av implementering av pakkeforløpene. Kanskje viser figur 8.5 at det skjer en endring i planleggingen sammen med pasienten, men at involveringen av kommunen ikke er tilstrekkelig? Dette har vi ikke godt nok grunnlag for å vurdere. I årets intervjuer med casekommunene er det noen som gir konkrete eksempler på at de fortsatt opplever at brukere er tilbake i kommunen, uten et egnet sted å bo og uten at kommunen er varslet. Flere påpeker at pakkeforløpene så langt i stor grad har dreid seg om prosesser i spesialisthelsetjenesten, men ikke i like stor grad har hatt implikasjoner for samhandlingen med kommunen og dialog i behandlingsprosessen. Flere har likevel fortsatt forhåpninger til at dette vil endre seg etter hvert. Noen av kommunene tar opp at det kanskje er behov for å jobbe med økt forståelse av hverandres tjenester, og med anerkjennelse av ulike kompetanse og ulike roller. En av informantene i kommunene sier at det å lykkes med pakkeforløpene og bedre samhandling, kanskje forutsetter et større helhetlig perspektiv på behandling og oppfølging av brukeren, og som del av dette en forståelse av de ulike aktørenes rolle.

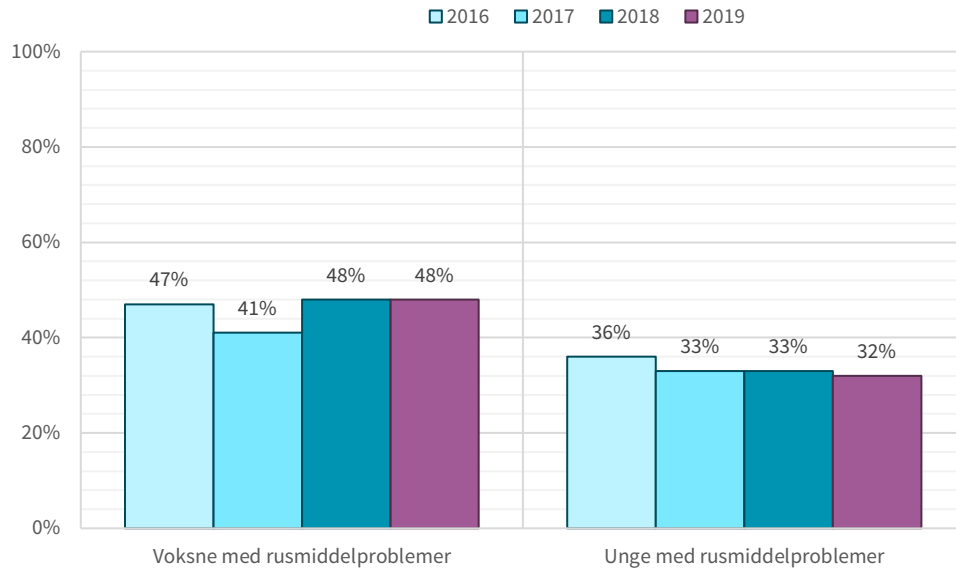
De fleste av kommunene oppgir at det er mer samhandling med spesialisthelsetjenesten. Ulike prosjekter som utvikling av FACT-team eller andre tilbud, fører til at representanter for de to systemene møter hverandre, og gjennom dette utvikles det også større kjennskap til og forståelse for hva de representerer og kan bidra med. Det er mange som snakker om at det er bedre samarbeid i konkrete prosjekter. Mange av casekommunene har også utviklet møteplasser for mer operativt samarbeid, som vurderes å fungere godt.

I indikatorsettet har vi en indikator fra IS 24/8-kartleggingen på utvikling i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Den er avgrenset til hvorvidt samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak fungerer godt for henholdsvis voksne og unge (indikator 66 og 67). I figur 8.5 viser vi utviklingen på dette området.

Kommunenes vurdering av hvorvidt samarbeidsavtalene med helseforetak fungerer godt, ligger stabilt i opptrappingsperioden når det gjelder voksne, mens det derimot er en indikasjon på en negativ vurdering av hvordan de fungerer for området unge (ikke signifikant). I underkant av halvparten av kommunene vurderer at samarbeidsavtalene fungerer godt eller svært godt for voksne, mens kun 32 prosent av kommunene vurderer det samme for unge.

Samlet sett er dette urovekkende tall. Helhetlig oppfølging og gode forløp for brukerne fordrer fungerende samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette er også en viktig del av pakkeforløpene. Det er grunnlag for å ha oppmerksomhet om hvordan avtalene kan utvikles, slik at kommunene i større grad erfarer at de fungerer godt. Vi har vist at det er mye samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på flere områder. rapporten over. Det kan være at de nye helsefelleskapene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan bidra til å styrke det overordnede samarbeidet mellom aktørene.

Figur 8.5 Andel kommuner som mener samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak fungerer svært godt eller godt, fordelt på voksne og unge med rusproblemer. 2016–2018. Prosent. N=416 i 2019.



Kilde: IS-24/8

På området unge er det indikasjoner på at det kan være behov for økt oppmerksomhet om å tydeliggjøre ansvar og roller for ulike aktører innenfor kommune, spesialisthelsetjeneste og barnevernets institusjonstilbud. Som vist over, er tilbudet til barn og unge med alvorlig og langvarig problematikk et område hvor mange kommuner vurderer at de ikke har et godt tilbud, og mange vurderer at det er spesialisthelsetjenesten som bør ha et tilbud. I likhet med anbefalingene fra Helsedirektoratet (2020), bør dette følges opp nærmere.

9 En aktiv og meningsfylt tilværelse

Hovedmål fire i opptrappingsplanen er at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Et av de tre innsatsområdene er knyttet til dette målet, nærmere definert som ettervern og oppfølgingstjenester, med presisering av at bolig, arbeid og aktivitet skal prioriteres. Vi kan definere hovedmål fire som å omhandle støtte til bedre livskvalitet for den enkelte, ved å bidra til en trygg bosituasjon og ulike tiltak for å kunne ha en meningsfylt tilværelse. Det betyr at det i tillegg til bolig, er oppmerksomhet om sosial inkludering, sosialt nettverk, arbeid og aktivitet. Vi har i tidligere rapporter vist at det er store utfordringer når det gjelder sosial inkludering, arbeid og aktivitet, men at disse temaene har fått økende oppmerksomhet i opptrappingsperioden, både i mange kommuner og i deler av spesialisthelsetjenesten. For å følge utviklingen på dette området er det definert 18 indikatorer. Vi viser utviklingen i det samlede indikatorsettet for området (tabell 9.1), før vi drøfter utviklingen tematisk innenfor området.

Tabell 9.1 viser at det ikke er mulig å gi en samlet vurdering for dette målområdet. Om lag halvparten av indikatorene viser en positiv utvikling, men for de øvrige er det enten ingen endring eller en utvikling i negativ retning.

Tabell 9.1 Fjerde måling for indikatorer for hovedmål 4.

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
69	Innsats Andel kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet	IS-24/8	N/A	58%	66%	63%	-3,0%-poeng	2,5%-poeng
70		IS-24/8	N/A	19%	21%	30%	9,0%-poeng	5,5%-poeng
71		BU	N/A	23%	N/A	30%	N/A	3,5%-poeng
72		BU	N/A	27%	N/A	39%	N/A	6,0%-poeng
73		BU	N/A	43%	N/A	49%	N/A	3,0%-poeng
74		BU	N/A	24%	N/A	33%	N/A	4,5%-poeng
75	Aktivitet Andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning	BU	N/A	27%	N/A	39%	N/A	6,0%-poeng

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
76	Andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig	IS-24/8	58%	60%	55%	58%	3,0%-poeng	0,0%-poeng
77	Andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn)	BP	71%	73%	71%	71%	0,0%-poeng	0,0%-poeng
78	Andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn)	BP	50%	48%	47%	46%	-1,0%-poeng	-1,3%-poeng
79	Andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn)	BP	24%	25%	25%	22%	-3,0%-poeng	-0,7%-poeng
80	Andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn)	BP	48%	47%	45%	45%	0,0%-poeng	-1,0%-poeng
81	Andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn)	BP	28%	30%	29%	29%	0,0%-poeng	0,3%-poeng
82	Andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn)	BP	30%	29%	31%	27%	-4,0%-poeng	-1,0%-poeng
83	Andel brukere med tilfredsstillende sosialt nettverk (grønn)	BP	29%	27%	27%	26%	-1,0%-poeng	-1,0%-poeng
84	Andel brukere som deltar i arbeidslivet	BP	11%	13%	13%	13%	0,0%-poeng	0,7%-poeng
85	Andel kommuner som mener at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har bedret seg (bedring eller stor bedring) de siste årene	IS-24/8	28%	33%	33%	33%	0,0%-poeng	1,7%-poeng
86	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer	IS-24/8	N/A	10%	9%	6%	-3,0%-poeng	-2,0%-poeng

Dersom verdi ikke er tilgjengelig for 2016, beregnes vekst fra 2017.

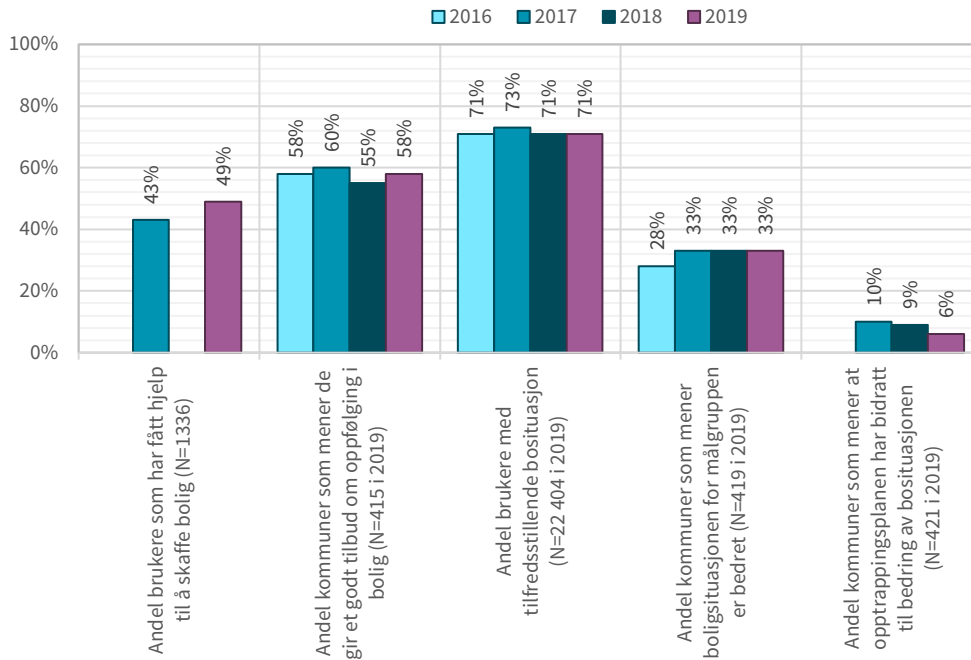
Om vi ser på indikatorsettet samlet, er det i all hovedsak registrert større innsats og aktivitet i perioden (positiv utvikling), men det er foreløpig ikke registrert en utvikling i retning større måloppnåelse på indikatorene for resultater (ingen eller negativ utvikling).

9.1 Boligsituasjonen for personer med rusproblemer

Gjennom hele evalueringsperioden har mangel på egnede boliger og brukernes boligsituasjon blitt tatt opp som en utfordring innenfor kommunalt rusarbeid (se Hansen mfl. 2019:100–101). Samtidig er dette et tema som har hatt stor oppmerksomhet fra statlig hold, blant annet gjennom den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020). I kapittel 4 viser vi også at de definerte målene for styrket innsats for bolig for personer med rusproblemer vurderes å være innfridd av regjeringen. Dette er likevel et område hvor casekommunene også i år rapporterer at det er utfordringer. Noen casekommuner har en generell mangel på boliger for brukergruppen, mens andre kommuner i hovedsak mangler egnede boliger for en spesifikk gruppe av brukere med sammensatte problemer og omfattende utfordringer. I kommunene er boligspørsmålet ofte knyttet til tilgjengelige tjenester for å bidra til at

brukerne kan opprettholde en trygg bosituasjon. Casekommunenes vurderinger gjenspeiler seg også i utviklingen vi ser på de gitte indikatorene om bolig og boligsituasjonen i kommunene (figur 9.1).

Figur 9.1 Utvikling i bolig og oppfølging for personer med rusproblemer.



Kilde: Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse, BrukerPlan og IS-24/8

Det er en økning i andel brukere som sier at de har fått hjelp til å skaffe bolig. Slik hjelp får nesten halvparten av brukerne (indikator 73). Når det gjelder kommunenes vurdering av situasjonen i egen kommune og brukernes bosituasjon, er det ikke mulig å måle utviklingen på noen av indikatorene. Bildet for perioden 2016 til 2019 er stabilt. 71 prosent av brukerne som kartlegges i Brukerplan vurderes å ha en tilfredsstillende bosituasjon (indikator 77). 58 prosent av kommunene mener de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig (indikator 76). Som påpekt i de to siste statusrapportene, vurderer mange kommuner og også spesialisthelsetjenesten at mangel på egnede boliger er en utfordring på rusfeltet. Vi ser at kun en tredel av kommunene vurderer at boligsituasjonen for målgruppen er bedret i perioden (indikator 85). Svært få kommuner vurderer at opptrappingsplanen har bidratt til en bedring i bosituasjonen for målgruppen ((indikator 87). For mange kommuner vil kanskje ikke innsats på boligområdet tilskrives opptrappingsplanen for rusfeltet, men snarere den boligsosiale innsatsen i forbindelse med strategien Bolig for velferd. Likevel kan det at så få mener opptrappingsplanen har hatt betydning, være et uttrykk for at det er utfordringer med å sikre en trygg bosituasjon for personer med rusproblemer, og særlig for gruppen med omfattende rus- og psykiske helseplager. En av utfordringene er at en trygg bosituasjon ikke bare er et spørsmål om å skaffe en egnet bolig, men også om i tillegg å sikre tilstrekkelige og tilpassede tjenester.

Det er kun to av casekommunene som sier at de har tilstrekkelig med boliger. I disse to kommunene er det likevel utfordrende å sikre brukerne en trygg bosituasjon. Dette er særlig situasjonen for brukere med omfattende rusbruk og sammensatte pro-

blemer; en brukergruppe alle kommunene er opptatt av. I intervjuer med casekommunene er det flere som tar opp behovet for å utvikle tilbudet av tjenester, og én av kommunene sier at de har fått tilskudd til å utvikle en base med tjenester knyttet til et boligtilbud hvor de tidligere har erfart at det har vært mange utfordringer knyttet til brukernes situasjon, med uro og utrygghet. Flere tar opp problemene med å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til brukere med omfattende behov, marginal livsførsel og truende fremferd. Noen er spesielt opptatt av en liten gruppe med særlige problemer knyttet til utagering og voldshistorikk.

Pasient- og brukerombudene har publisert en rapport om situasjonen innenfor psykisk helsearbeid i kommunene (Pasient og brukerombudene 2020). Denne rapporten viser blant annet at kommunene selv mener at et forbedringsområde er å bygge ut et mer variert og tilpasset botilbud, og å ha flere aktivitets- og arbeidstilbud.

I kommunene er det mange hensyn som må tas for å sikre en trygg bosituasjon for personer med rusproblemer, og kanskje særlig personer med omfattende rus- og psykisk helseproblemer. Hva som er en egnet bolig for den enkelte, kan avhenge av boligens kvaliteter og beliggenhet, nabolag, tilgang til tjenester, tilrettelegging for arbeid eller annen aktivitet, og av å unngå stigmatisering. I noen av tilfellene kan det være utfordringer med å få etablert en relasjon til brukeren som gjør at vedkommende ønsker å motta tjenester. Dette krever kompetanse og kapasitet i tjenestene. Mange av kommunene er følgelig også opptatt av at boligspørsmålet noen ganger ikke bare, eller ikke i det hele tatt, er et spørsmål om den fysiske boligen, men om tilgjengelige tjenester som kan gi en hensiktsmessig oppfølging av brukerne. Det er behov for fortsatt oppmerksomhet om boligsituasjonen for målgruppen, og da ikke bare det fysiske boligtilbudet, men tjenestene og tilbudene knyttet til å støtte den enkeltes mulighet for å mestre livet og ha god livskvalitet i egen bolig. Det å ha tilgang til et sosialt nettverk, arbeid og aktivitet, kan ha stor betydning for den enkeltes mulighet til å mestre egen bosituasjon.

9.2 Innhold i livet

I oversikten innledningsvis i kapitlet ser vi at innsatsen og aktiviteten på området «innhold i livet», arbeid og aktivitet, er styrket i opptrappingsperioden. Dette samsvarer med inntrykk fra intervjuer med casekommunene og andre nøkkelinformanter. Det er mer oppmerksomhet i tjenestene om arbeid og aktivitet for målgruppen. Likevel presiserer alle at det er behov for mer oppmerksomhet og styrket innsats på dette området.

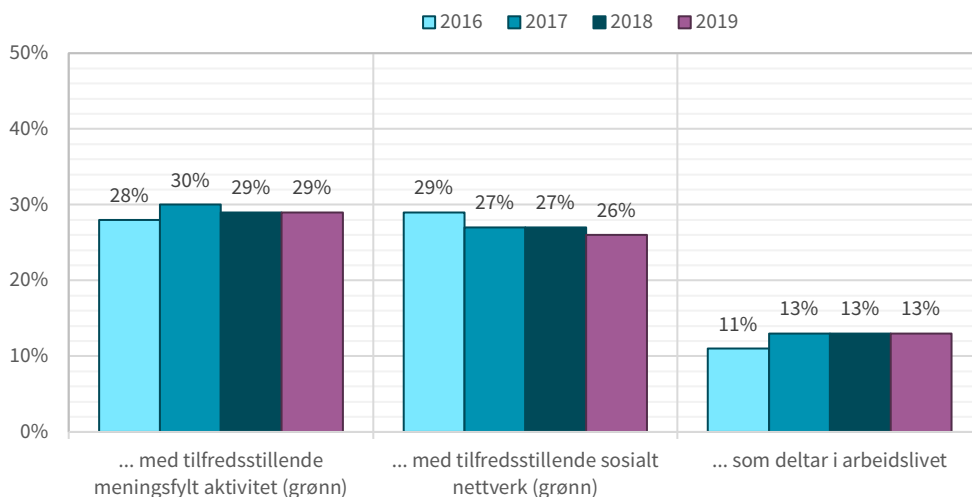
Av indikatorene ser vi at det er flere kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet (indikator 69). 63 prosent av kommunene sier nå at de har etablert et slikt samarbeid.

Individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) er blitt mer utbredt innenfor rusarbeid. Nå oppgir 30 prosent av kommunene at de har denne typen tilbud, en fremgang på 5,5 prosentpoeng i perioden (indikator 70). Også intervjuene med casekommunene viser at modellen blir mer utbredt, både i kommunen og implementert som en del av tilbudene i spesialisthelsetjenesten. Modellen innebærer et strukturert samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, NAV og kommune (se blant annet Hansen mfl. 2019:99–100). Intervjuene med casekommunene viser likevel at de fleste initiativene på dette området er spesifikke arbeids- og aktivitetstilbud til målgruppen, og noe mindre oppmerksomhet om å tenke inkludering i ordinært ar-

beidsliv. For mange brukere kan denne typen tiltak ha betydning. Det å oppleve mestring og eventuelt få noe lønn (flere av tiltakene inkluderer noe form for lønn), kan kanskje motivere for fremtidig deltakelse i ordinært arbeidsliv. Mange informanter i kommunene vektlegger tilgang til arbeids- og aktivitetstilbud som betydningsfullt for den enkeltes bedringsprosess. Det er samtidig flere indikasjoner på at dette er et område som bør få mer oppmerksomhet i tjenestene. Selv om det er en positiv utvikling i andel brukere som oppgir at de har fått oppfølging for å komme i arbeid eller meningsfull aktivitet, er det kun 30 prosent som oppgir at de har fått hjelp til å komme i arbeid (indikator 71), og 33 prosent som sier de har fått hjelp til å komme i gang med meningsfull aktivitet (indikator 74). Også når det gjelder mestring av egen økonomi, er det lite oppfølging. 39 prosent av brukerne rapporterer at de har fått hjelp til å mestre egen økonomi (indikator 72).

Disse funnene utdypes i de kvalitative intervjuene i forbindelse med brukertilfredshetsundersøkelsen. Både yngre og eldre brukere uttrykker behov for mer oppfølging knyttet til innhold i livet og sosialt nettverk (Kompetansesenter rus Midt-Norge 2020a og b). Sett i lys av dette, er det kanskje ikke overraskende at det foreløpig er lite bedring i indikatorene som måler brukernes situasjon når det gjelder sosialt nettverk, arbeid og aktivitet.

Figur 9.2 Andel brukere ... (N=22 404 personer med rusproblemer (med eller uten samtidig psykiske problemer) i 2019).



Kilde: BrukerPlan

For området innhold i livet, arbeid, aktivitet og sosialt nettverk er det få resultater foreløpig. Andel brukere i arbeid har stabilisert seg på 13 prosent de siste tre årene (indikator 84). For mange kan kanskje det å delta i arbeidslivet ligge langt frem i en bedringsprosess, men også andelen med meningsfylt aktivitet ligger stabilt lav, på 29 prosent (indikator 81). Når det gjelder andel med tilfredsstillende sosialt nettverk, har det vært en negativ utvikling i opptrappingsperioden. Det er nå i overkant av en firedel av tjenestemottakerne i kommunene som vurderes å ha et tilfredsstillende sosialt nettverk (indikator 83).

Aktivitet og deltakelse i sosiale nettverk har betydning for den enkeltes mestring og livskvalitet (Hansen, Bråthen, Aagesen & Lien 2019). Manglende utvikling på områdene knyttet til innhold i livet er følgelig bekymringsfullt, med tanke på at vi også ser en forverring i situasjonen for brukerne når det gjelder rusbruk (indikator 82) og

psykiske helse (indikator 79). I forrige statusrapport påpekte vi at det er noe mer oppmerksomhet om mestring og livskvalitet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det å støtte opp under hverdagsmestring, aktivitet og sosialt nettverk fremheves i flere rapporter og studier, og bør få mer oppmerksomhet innenfor arbeidet med å fremme bedringsprosesser. Også evalueringen av FACT (Landheim & Odden 2020) peker på behovet for å ha mer oppmerksomhet om oppfølging knyttet til sosial aktivitet og nettverk.

10 Straffegjennomføring

Opptappingsplanens femte hovedmål er å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer. Som påpekt i kapittel 4, er det et område hvor det i opptappingsplanen var spesifisert en særlig opptapping av innsats på 93 millioner kroner i perioden. Innsatsen var blant annet knyttet til utbredelse av ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), flere rusmestringsenheter (stifinnerenheter) og styrking av fengselshelsetjenesten. Vi følger utviklingen på syv indikatorer for dette målområdet. De syv indikatorene er basert på data fra årsrapporter fra Kriminalomsorgen, Helsedirektoratet og Konfliktrådet. Ved denne statusmålingen mangler det data for 2019 for to av indikatorene. Det er indikator 87 som gjelder antall plasser ved rusmestringsenheter/stifinnerenheter, samt indikator 93 som viser gjennomsnittlig skåre blant kommuner som har besvart IS-2657 på spørsmålet om «Fengselshelsetjenesten har et forsvarlig helsetilbud».

Tabell 10.1 Fjerde måling av indikatorer knyttet til hovedmål 5.

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	Endring	
							2018-2019	2016-2019
87	Aktivitet Antall rusmestringsenheter og/eller stifinnerenheter (antall plasser)	KDI	134	145	162	N/A	N/A	N/A
88		KDI	675	650	329	296	-10,0%	-24,0%
89	Resultat	KDI	N/A	75	175	266	52,0%	88,3%
90		KDI	N/A	32	92	87	-5,4%	64,9%
91		KDI	32	132	163	183	12,3%	78,8%
92		Konflikt rådet	361	422	525	520	-1,0%	12,9%
93	Gjennomsnittlig skåre blant kommuner som har besvart IS-2657 på spørsmålet om «Fengselshelsetjenesten har et forsvarlig helsetilbud». Fra 1 - Helt uenig til 4 - Helt enig	Hdir	3,41	3,74	N/A	N/A	N/A	N/A

Dersom verdi ikke er tilgjengelig for 2016, beregnes vekst fra 2017.

Vi har tidligere påpekt at hovedmål fem er et av områdene hvor det i stor grad har vært en samlet utvikling mot større måloppnåelse i opptappingsperioden. Fra 2018 til 2019 er bildet noe mer blandet, selv om det for opptappingsperioden som helhet

er en utvikling i retning større måloppnåelse på nær alle indikatorer for hovedmål fem. Det er ett område som skiller seg ut, og det er antall som soner i behandlingsinstitusjon (indikator 88). Vi kommenterer dette nærmere. Det er ingen endring i antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og under 18-saker med ungdomsstraff/-oppfølging fra 2018 til 2019, men likevel en økning i opptrappingsperioden samlet (indikator 92). For det spesifikke målområdet ND er det samlet en utvikling i tråd med målsettingene i opptrappingsperioden (indikator 89, 90 og 91). Dette blir kommentert nærmere under. Vi kommenterer også særskilt på utviklingen når det gjelder oppfølging av rusmiddelproblematikk i fengsel.

10.1 Nedgang i soning i behandlingsinstitusjon (§ 12)

Av tabellen ser vi at det var 296 personer som var inne på et § 12-opphold i 2019, mot 329 i 2018 (indikator 88). Dette utgjør en nedgang på 10 prosent fra 2018 til 2019, og en nedgang på 24 prosent fra 2016 til 2019. Totalt ble det i 2019 gjennomført 37 600 fengselsdøgn i institusjon med utgangspunkt i straffegjennomføringslovens § 12, noe som utgjør 92 prosent av målkravet på 41 000. Dette utgjør en nedgang på 3085 døgn sammenlignet med i 2018 (KDI 2020). Det er flere ulike årsaker til at en ser denne nedgangen, som endringen i fengselspopulasjonen, flere i alternativ straffegjennomføring som ND, samt endringer i behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblemer. Det er også indikasjoner på at lang ventetid ved behandling av søknader om § 12-soninger i kriminalomsorgen og ved henvising og vurdering av pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten, kan være noe av forklaringen på nedgangen (Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020).

KDI viser i årsrapport for kriminalomsorgen for 2019 til at det primært har vært en nedgang i andelen delgjennomføringer (personer som blir overført til institusjon etter innsettelse i fengsel). Dette kan skyldes at den potensielle gruppen for delgjennomføringer har gått ned som følge av at det er færre innsatte i fengsel og at den gjennomsnittlige domslengden har økt. Dette kan ha bidratt til at færre vurderes som aktuelle for å sone utenfor fengsel. KDI viser også til at det er en generell trend innen rusbehandling i retning økt bruk av poliklinisk behandling fremfor døgnbehandling, som kan forklare noe av nedgangen i bruk av § 12-soninger. KDI peker dessuten på at det har vært en betydelig reduksjon i antall døgn i institusjon gjennomført av bøtelagte som gjennomfører subsidiær fengselsstraff¹⁵, samt sterk økning i ND-dommer, hvor de domfelte ville ha vært i målgruppen for rusbehandling om de hadde blitt dømt til straff i fengsel.

10.2 Økt bruk av Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND)

I løpet av opptrappingsplanperioden er Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND) etablert i hele landet og ved alle friomsorgskontorer. Antall ND-dommer har økt over tid (indikator 91). Ifølge KDI (2020) ble det i 2019 iverksatt 183 nye ND-dommer. Det er en økning fra 163 i 2018. 326 domfelte gjennomførte ND-dom ved utgangen av 2019. Det er også økning i antall dømte i ND i poliklinisk behandling (indikator 89). Samtidig ser vi at det er en nedgang i antall dømte i ND som er i døgnbehandling fra 2018 til 2019, men likevel en samlet økning i opptrappingsperioden (indikator 90). At det er en liten nedgang fra 2018 til 2019, kan ha sammenheng med den tidligere

¹⁵ Bøtetjenesten har som formål at personer som ikke kan betale bøter kan få samfunnsnyttig tjeneste i stedet for fengsel. Den ble gjort landsdekkende 1. oktober 2019 (KDI 2020).

omtalte generelle dreiningen innen rusbehandling, med større vektlegging av poliklinisk fremfor døgntil behandling.

Oslo Economics og Tyrilistiftelsen har kartlagt og vurdert det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk (Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020). De viser at bruk av ND synes å være noe lavt i forhold til hvor mange som er i målgruppen for denne straffereaksjonen. Friomsorgskontorene vurderer at det er potensial for økt bruk av ND, men at det vil kreve større kjennskap til ordningen blant annet hos forsvarere, påtalemyndigheter og domstol. Friomsorgskontorene peker også på at oppfølgingen av ND-saker er ressurskrevende. De mener det kan gå på bekostning av kvaliteten på oppfølgingen i den enkelte sak om det ikke tilføres flere ressurser til friomsorgskontorene og/eller ND-sentrene (ibid.). Dette er i tråd med de vurderingene vi viste i forrige statusrapport, hvor vi hadde spesifikk oppmerksomhet om ND i casestudien (se Hansen mfl. 2019:104–106). En av konklusjonene var at premissene i ND forutsetter at det er tilstrekkelige ressurser til oppfølging (ibid.:106).

Myndighetene signaliserer at de ønsker å videreføre ordningen med ND etter at opptrappingsplanperioden er ferdig. I statsbudsjettet for 2021 foreslås det 4,5 millioner kroner til å videreføre ordningen.

10.3 Rusbehandling i fengslene

KDIs årsrapport for 2019 viser at det er 18 «rusavdelinger» i fengslene (KDI 2020:39). Dette er ulike enheter hvor man gir et særlig tilbud om behandling og oppfølging til innsatte med rusmiddelproblemer. Dette inkluderer 13 rusmestringsenheter, to stifinnerenheter (Oslo og Bredtveit fengsel) og tre andre rusenheter utviklet etter inspirasjon av stifinnermodellen og i samarbeid mellom kriminalomsorgen, og TSB i 2017 i Trondheim fengsel, Bjørgvin og Indre Østfold fengsel avdeling Eidsberg. Vi har vist at det var en økning i antall plasser fra 134 i 2016 til 162 i 2018 i denne typen enheter (indikator 87), men vi har ikke informasjon om det samlede antall plasser per 2019. I tillegg ble det i 2019 etablert et pilotforsøk med en egen avrusningsenhet i Bjørgvin fengsel (se også Hansen mfl. 2019:102).

KDIs årsrapport for 2019 viser at det var flere innsatte som fikk tilbud i disse rusavdelingene i 2019 enn i 2018. Det var i 2019 803 søkere til disse avdelingene, og 440 innsatte som fikk et tilbud. I 2018 fikk 399 innsatte et slikt tilbud. Antall innsatte ved rusavdelingene som deltok i rusprogram og antall overføringer fra rusavdelinger til rusbehandling i institusjon, har også økt fra 2018 til 2019.

I forrige statusrapport viste vi blant annet til et prosjekt om overdoseforebygging i Tromsø fengsel (Hansen mfl. 2019:73). Dette er et samarbeid mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten, og en del av overdoseprosjektet i kriminalomsorgen (2016–2022). KDI's årsrapport for 2019 viser at nå deltar halvparten av landets fengsler i dette prosjektet (KDI 2020:40). Syv nye fengsler ble med i 2019, og målet er å gjennomføre prosjektet i alle landets fengsler innen 2022. (KDI 2020). Arbeidet er forankret i Helsedirektoratets overdosestrategi (2019–2022).

I årsrapporten skriver KDI at de gjennom Kriminalomsorgens høyskole og utdanningssenter (KRUS) har oppmerksomhet om å styrke kompetansen om psykiske lidelser og rus. KRUS gir flere ulike tilbud for å styrke kompetansen på dette området innenfor kriminalomsorgen.

I Oslo Economics og Tyrilistiftelsens (2020) vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk, peker de blant annet på behovet for en mer systematisk kartlegging av rusmiddelproblematikk blant

domfelte og for større kompetanse om slik problematikk blant ansatte i kriminalomsorgen. De finner at tilbudet til innsatte med rusmiddelutfordringer som soner i ordinære avdelinger er relativt begrenset, og at tilstedeværelsen til spesialisthelsetjenesten (TSB) i fengslene varierer. De påpeker at det er store forskjeller i ressursituasjonen mellom de ulike rusenhetene, og at noen av dem i liten grad drives i samsvar med veilederen for rusmestringsenheter. I rapporten presenterer de en rekke anbefalinger for å bedre tilbudet under straffegjennomføringen for personer med rusmiddelproblematikk (Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020:8–9). Disse anbefalingene går ut på å styrke kartlegging av rusmiddelproblematikk ved innsettelse, styrke kompetansen både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten, og tilrettelegge for mer samhandling med fengselshelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

I Helsedirektoratets rapportering på opptrappingsplanen for rusfeltet er det anbefalinger som går ut på å iverksette et systematisk forbedringsarbeid for å styrke samarbeid og koordinering mellom fengselshelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre relevante tjenester. De anbefaler også at det gjennomføres brukertilfredshetsundersøkelser blant innsatte med rus- og/eller psykiske helseproblemer som mottar helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenester i fengsel (Helsedirektoratet 2020:44).

Plan for etablering av områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten i fengslene

De regionale helseforetakene og Kriminalomsorgsdirektoratet har for 2020 fått i oppdrag å utarbeide en plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Målet er at spesialisthelsetjenesten på sikt skal være fysisk til stede med personell innen psykisk helsevern og TSB i fengslene. Dette er en oppfølging av ny Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 2019–2020).

11 En stresstest på tjenestene

I gjennomgangen av utviklingen på de ulike områdene i opptrappingsplanen for rusfeltet, ser vi at det på et overordnet plan har vært en styrking av kapasitet og kompetanse i opptrappingsperioden. Vi registrerer en utvikling i retning større brukerorientering i tjenestene og et mer helhetlig og tilgjengelig tjenestetilbud, men, som vi har påpekt flere ganger, det er relativt stor variasjon mellom kommunene. Dette siste året i opptrappingsplanen (2020) har, som beskrevet i kapittel 3, vært preget av særlige omstendigheter. Koronapandemien har medført et betydelig press på kommunene, og en kan kanskje se pandemien og særlig nedstengningen i vår som en stresstest på tjenestene. Var kommunene tilstrekkelig rustet til å kunne klare å ivareta brukernes behov under ekstraordinære omstendigheter?

I intervju med nøkkelinformanter i kommunene, dialog med brukerorganisasjonene og spørreundersøkelse til fylkesmannsembetene, har vi tatt opp hvordan de vurderer at kommunene har klart å ivareta brukernes behov under koronapandemien, og i særdeleshet under nedstengningen i vår. Flere kartlegginger har også gitt mye informasjon om hvordan kommunene har håndtert situasjonen. Vi har ikke tilstrekkelig grunnlag for å gjøre en vurdering av hvorvidt kommunenes håndtering har vært god eller dårlig, men disse tilbakemeldingene gir noen klare indikasjoner på betydningen av å ha utviklet rusfeltet som kommunalt ansvarsområde de siste årene.

11.1 Kommunal mobilisering

Intervjuer med casekommunene viser at samtlige vurderer at de har klart å opprettholde et visst tilbud til brukerne under koronapandemien. Det skal bemerkes at selv om casekommunene varierer med hensyn til hvor omfattende tjenestetilbud de har på rusfeltet, har de alle hatt en form for særlig innsats på ett eller flere områder som er vektlagt i opptrappingsplanen. Denne vurderingen er likevel ikke unik. De fleste rådgiverne på rusfeltet i fylkesmannsembetene vurderer at kommunene i ganske stor grad har klart å ivareta brukernes behov gjennom koronapandemien, selv om det har vært utfordringer. Denne tilbakemeldingen er relativt samsvarende med flere andre kartlegginger av situasjonen. De fleste kommuner vurderer at de har klart å opprettholde et visst tilbud til brukerne også under nedstengningen (SINTEF 2020; KoRus Oslo 2020).

Samtidig er det klart at pandemien har hatt stor innvirkning på tjenestene. I mange kommuner ble helsepersonell under nedstengningen i vår omdirigert fra psykisk helse og rus til andre områder, de fleste tilbudene til brukerne stengte ganske omgående, og det var en betydelig omstilling ute i kommunene for å kunne klare å gi et tilbud. Alt dette hadde stor innvirkning på tilbudet til brukerne. Dialogen med brukerorganisasjonene og de foreliggende kartleggingene indikerer at mindre kommuner og kommuner med et begrenset tjenestetilbud i utgangspunktet, også i mindre grad klarte å ivareta brukernes behov under disse nye forutsetningene. En viktig tilbakemelding fra mange aktører er likevel at det fant sted en omfattende mobilisering i kommunene for å gi tjenester på nye måter og under andre forutsetninger.

Intervjuene med casekommunene viser at alle mobiliserte for å kunne klare å møte brukernes behov under disse nye forutsetningene. Noen vektlegger særlig at mange ansatte strakk seg langt for å kunne gi et adekvat tilbud. De strategiene som beskrives, kan oppsummeres i fire hovedtrekk:

- Utredning av behov for å se hvilke brukere som er avhengig av at ordinært tjenestetilbud opprettholdes og hvordan dette behovet kan møtes
- Mer ambulante tjenester og tilbud, altså tjenester på andre arenaer
- Utstrakt digital oppfølging
- Mer samarbeid med andre aktører på rusfeltet

Da nedstengningen kom i mars, ble stort sett alt av gruppetilbud, dagtilbud og aktiviteter stengt. Mange ansatte ble sendt på hjemmekontor. Det å gi oppfølging hjemme hos brukere, ble som hovedregel avsluttet. Mange kommuner presiserer at de i denne situasjonen foretok en vurdering av brukernes behov, og hvordan de kunne følges opp. For noen brukere ble det vurdert at det var nødvendig å opprettholde hjemmebesøk, men da med rutiner for å ivareta smittevern hensyn. Noen få av kommunene presiserer at de ikke lukket ned tilbud bortsett fra noen svært få, men at de fleste tilbudene ble nedskalert eller innrettet på nye måter. I likhet med SINTEFS (2020) kartlegging fra april, viser våre intervjuer med casekommunene at mange har prioritert de sykeste, utdeling av mat, medisiner og rent brukerutstyr.

Generelt beskrives det en omfattende omstilling for å gi tjenester på andre arenaer. Flere beskriver at det er blitt lagt opp til å gå turer sammen, eller møtes ute. Mange utformet raskt mer oppfølging over telefon, noen utvidet også tilgjengeligheten utover ordinær arbeidstid. Noen tok i bruk video og andre former for digital samhandling. Flere utviklet og tok i bruk ulike former for sosiale medier for å komme ut med informasjon til brukerne, også for å gi tips om ulike aktiviteter og tilgjengelige tilbud. En stor del av den digitale dreiningen var at tjenestene i større grad enn før gjennomførte møter på digitale plattformer. En konsekvens var at det ble lettere å få avvirket møtene og få gjort felles vurderinger. Noen mener at de har lyktes med å få raskere avklaringer i noen saker. Det er stor nøkternhet i vurderingen av hvilken rolle digitale hjelpemidler og telefon kan og bør spille i oppfølging av brukerne. Dette ses på først og fremst som et supplement til ordinære tjenester, som det har vært fint å kunne ty til under ekstraordinære omstendigheter. For noen brukere har dette vært et viktig tiltak, som har fungert svært godt.

Det har lenge vært ambisjoner om å fremme en mer helhetlig innsats på rusfeltet. I noen av kommunene har koronapandemien presset frem større samordning av de tjenestene og aktivitetene som finnes. Det er flere eksempler på utvikling av samarbeidet tjenester imellom og med spesialisthelsetjenesten. Dette har for eksempel vært å komme ut med medisiner til brukerne og større tilgang til legemiddellassert rehabilitering (LAR). Det finnes eksempler på kommuner som har fått begynne med lavterskel LAR, og som er svært glad for dette

Det er samarbeidet med ideell sektor som er mest fremtredende. Noen av kommunene beskriver hvordan pandemien og særlig nedstengningen i vår førte til et mye mer aktivt og tett samarbeid med de ideelle og friville aktørene om å gi brukerne oppfølging og tilbud. Dette dreide seg for eksempel om utdeling av mat og sosial oppfølging. Noen hadde jevnlig møter for å vurdere situasjonsbildet og behovet for innsats, mange hadde tydeligere oppgavefordeling og samarbeid om spesifikke tilbud. Flere beskriver at de vil bygge videre på disse samarbeidsrelasjonene fremover.

Tromsø er en av kommunene som tar opp at de har utviklet et tettere samarbeid med andre aktører på rusfeltet under pandemien. Enhet psykisk helse og rus hadde

ukentlige møter med de frivillige organisasjonene, brukerrepresentanter og Universitetssykehuset i Nord-Norge under nedstengningen. Det ble etablert en gruppe for å vurdere trenden, hva som eventuelt måtte endres av innsats, og hva en måtte gjøre for å ha et godt nok tilbud og at dette var samordnet. Det vil si at man ikke overlappet, men utfylte hverandre. Eksempelvis når Kirkens Bymisjon hadde oppsøkende arbeid, så hadde ikke kommunen det, slik at de ansatte kunne konsentrere seg om andre oppgaver. Og vice versa.

De negative konsekvensene ved å stenge ned tilbud midlertidig blir vektlagt av alle. Det gir en krevende situasjon for brukerne. Én av kommunene sier at de ved en eventuelt ny nedstengning vil vurdere det svært nøye før de stenger ned fellesstuene eller arealer i botilbud. Erfaringen deres er at dette var svært uheldig for brukerne. Vurderingen i etterkant er at de ikke skulle ha stengt ned, men bemannet opp for å håndtere situasjonen, og lært brukerne smittevern. Konsekvensen av å lukke fellesområder var blant annet at de som bodde der i stedet var sammen i hverandres leiligheter, uten å ta særlig hensyn til smittevern, mens andre ble svært ensomme og isolerte. Det er mange tilbakemeldinger om lignende konsekvenser av nedstengningen av tilbud for brukernes situasjon.

Det å få på plass tilbud og tjenester har selvsagt ikke vært enkelt, og mange beskriver utfordringer i starten med å få opp tilbud innenfor nye rammer. De fleste mener de har gjort erfaringer som gjør dem mye bedre rustet for en ny periode med nedstengning. Noen av informantene fra fylkesmannsembeter og brukerorganisasjoner har pekt på at det mange steder har tatt lang tid å få gjenåpnet tilbudene og få oppskalert aktiviteten.

11.2 Konsekvenser for brukerne

Det er ingen tvil om at selv om mange kommuner mener de har klart å gi tjenester og møte brukernes behov på nye måter, så har koronapandemien ført til at noen ikke har fått de tjenestene de har behov for og at situasjonen som sådan har påvirket brukerne. Det har til nå ikke vært særlige smitteutbrudd i rusmiljøene, men koronapandemien har likevel hatt konsekvenser for brukernes livssituasjon.

Noen av kommunene rapporterer om mer rusbruk, andre om personer som har vært rusfrie som har fått tilbakefall. Flere rapporterer om uro for brukernes psykiske helse. Det er nedstengning av sosiale aktiviteter, møteplasser og generelt samvær som ofte fremheves å ha gitt store problemer for mange. For mange er ensomhet et problem, det å miste hverdagsrutiner og ha noe å fylle dagene med. De jevnlig kartleggingene av utviklingen i rusmiljøene i kommunene indikerer en økning i psykiske helseproblemer blant personer med rusmiddelproblemer (KoRus Oslo 2020).

I dialogen med brukerorganisasjonene ble situasjonen for barn som pårørende et viktig tema. En rapport fra Barn av rusmisbrukere (2020), viser at nedstengningen i vår var en særlig krevende periode for mange barn og unge med vanskelige hjemmeforhold. Også andre kartlegginger viser at kommunene er bekymret for barn og unges situasjon, og for hvordan foreldres rusmiddelproblemer påvirker deres situasjon. Flere tar opp hvordan nedstengning og reduksjon i tilbud til barn og unge påvirker både identifisering av behov og oppfølging av barn og unge som har behov for hjelp.

Det er lite kunnskap så langt om hvordan brukerne selv opplevde situasjonen. Brukerorganisasjonene peker på at situasjonen har vært vanskelig for mange. Det vil etter hvert komme flere undersøkelser som gir mer kunnskap om brukernes erfaringer og egne vurderinger.

11.3 Bedre rustet

Denne rapporten viser at det fortsatt er mange utfordringer på rusfeltet. De kvalitative intervjuene med ulike aktører peker alle på behov for fortsatt innsats på rusfeltet fremover. Dette går både på sammenheng i tjenestetilbud, tilgjengelighet til tjenester og ikke minst tilbudet til de mest sårbare brukerne med sammensatte problemer. Det er bred enighet om behovet for forsterket oppmerksomhet om sosialt nettverk for brukerne, arbeid og aktivitet. Likevel vurderer alle også at det har vært en betydelig utvikling på rusfeltet de siste årene. Tjenester på rusfeltet er blitt etablert som en viktig del av helse- og omsorgstjenestene i mange kommuner. Dette kan ha hatt betydning for den omfattende mobiliseringen i tjenestene våren 2020. Selv om pandemien har hatt store omkostninger for mange brukeres livssituasjon, ser det ut som mange kommuner besto stresstesten. De klarte å omstille seg og gi tjenester til denne brukergruppen under andre og krevende omstendigheter. Samtidig indikerer flere rapporter at kommunene som i mindre grad har utviklet tjenestetilbudet, dessverre også i mindre grad har klart å opprette et tilbud under pandemien. Kapasitet og kompetanse i tjenestene har betydning i krisetid.

Vi har selvsagt ikke grunnlag for å vurdere om kommunene ville klart dette dårligere, eller bedre, for fire år siden, men mange av våre informanter fremholder at oppmerksomheten om rusfeltet er styrket de siste årene, og at dette har hatt betydning for håndteringen av pandemien i 2020. De utfordringene som nå identifiseres knyttet til betydningen av oppfølging, sosiale nettverk og aktivitet, gir også viktig informasjon til videre utvikling av rusfeltet.

12 Avslutning

I årets statusrapport identifiserer vi en positiv utvikling innenfor flere målområder i opptrappingsplanen for rusfeltet. Dersom man legger regjeringens beregninger til grunn, er målet om en samlet opptrapping av ressursene på rusfeltet med 2,4 milliarder kroner innfridd i 2020. Opptrappingen gjenspeiles både i økt kapasitet og kompetanse i kommunene. Både kommuner og brukere gir uttrykk for at tjenestetilbudet i kommunene er bedre og mer tilgjengelig enn tidligere. Det er samtidig fortsatt betydelige utfordringer. Det er fortsatt ikke mulig å registrere noen bedring i brukernes samlede levekårssituasjon. Halvparten vurderes å ha en utilfredsstillende situasjon, med omfattende og – for en mindre gruppe – svært omfattende levekårsproblemer. Måling av brukernes levekårssituasjon baserer seg på data fra brukerplankartleggingene, og i rapporten drøfter vi om mangel på bedring kan ha noe med at disse kartleggingene inkluderer brukere i kommunen som har mottatt tjenester siste år. Vår vurdering er at situasjonsbildet i brukerplankartleggingene samsvarer med flere andre tilbakemeldinger fra kommuner og aktører på rusfeltet. Personer med rusmiddelproblemer kan ha mange levekårsproblemer, men det er særlig en mindre gruppe personer med sammensatte problemer som har betydelige levekårsproblemer. Innsatsen de siste årene viser seg foreløpig ikke i bedring av situasjonen for denne gruppen.

Som påpekt i tidligere rapporter, har det vært et stort utviklingsarbeid i mange kommuner. Statlige tilskuddsmidler og aktivitet fra fylkesmannsembeter og kompetansesentre har bidratt til å fremme en utvikling i tråd med føringene i opptrappingsplanen. Samtidig er det store kommunale variasjoner. Det er fortsatt kommuner som har et svært begrenset tjenestetilbud. I casestudien som er gjennomført som del av denne evalueringen, har det kun vært inkludert kommuner som har hatt aktivitet på ett eller flere områder i opptrappingsplanen. I flere av disse har det vært bedre samordning av rus- og psykisk helsefeltet i kommunen, og gjennom dette har også fagmiljøet for oppfølging av brukergruppen blitt større. I alle kommunene er det prosesser som dreier seg om faglig utvikling i tjenestene. Denne studien viser likevel at også blant det selekterte utvalget som har vært med i casestudien, er det store variasjoner. Noen kommuner har et omfattende tjenestetilbud, men behov for bedre innretting og organisering av det samlede tilbudet. Andre har fortsatt behov for oppbygging av kapasitet og styrking av tjenestetilbudet på enkelte områder. Dette illustrerer vår vurdering av at rusfeltet fortsatt er i utvikling.

Årets statusmåling viser at den tidligere registrerte økningen i antall årsverk innen psykisk helse og rusarbeid i kommunene flater ut. Generelt er det bekymring for den økonomiske situasjonen fremover. Noen kommuner har en svært stram økonomi, men i alle kommuner er det en bekymring for om innsatsen på rusfeltet vil kunne opprettholdes fremover. Dette er en uro som deles av mange andre aktører på rusfeltet, særlig i lys av ekstra kostnader i kommunene som følge av koronapandemien. Både Helsedirektoratet i sin rapportering på opptrappingsplanen for rusfeltet og de regionale aktørene anbefaler en videre satsing på flere områder innenfor rusfeltet etter opptrappingsperioden.

På bakgrunn av årets statusrapport vil vi peke på følgende områder hvor det ser ut til å være behov for oppmerksomhet fremover.

- Behov for særlig innsats for å bedre levekårene til brukere med sammensatte utfordringer og samtidig rus- og psykiske lidelser (ROP).
- Behov for økt vektlegging av systemer for innhenting av brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene, systemer for brukerinvolvering og brukermedvirkning.
- Behov for mer systematisk innsats for ivaretagelse av barn og voksne pårørende.
- Behov for økt kompetanse om rusproblematikk i ulike tjenester (som fastlege, NAV, hjemmetjeneste) for tidlig identifisering av rusmiddelproblemer og iverksettning av relevant oppfølging.
- Behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å sikre kontinuitet og helhet i tjenestetilbudet til brukerne, både i overgangen mellom døgntilbud og kommune, og i samordnet oppfølging i kommunene.
- Behov for økt tilgang til egnede boliger for personer med rusproblemer, og særlig bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte utfordringer, og samtidig rus- og psykiske helseproblemer.
- Behov for ytterligere oppmerksomhet om oppfølging knyttet til arbeid, aktivitet og sosialt nettverk – og dette som en del av innsatsen for å bidra til bedre levekår, rusmestring, psykisk og fysisk helse hos brukerne.

Selv om det fortsatt er utfordringer på rusfeltet, er det indikasjoner i denne gjennomgangen på at tjenestene i kommunene er styrket de siste årene. Årets statusrapport har vist at det fortsatt er en rekke pågående utviklingsprosesser. Flere tiltak og tilbud er under etablering, som blant annet FACT-team i flere regioner.

Våren 2021 kommer den endelige resultatrapporteringen fra evalueringen. 2020 har vært et spesielt år, og med store utfordringer for rusfeltet. I denne rapporten har vi vist at mange kommuner har bestrebet seg på å opprettholde et tjenestetilbud til brukerne under andre forutsetninger enn tidligere. Situasjonen har påvirket levekårene for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Nedstengningen førte til at barn som pårørende kom i en ekstra sårbar situasjon. Pandemien har vist betydningen av å ha et etablert fagfelt som evner å snu seg rundt og møte brukernes behov på nye måter. Jevnlige kartlegginger av situasjonen i rusmiljøene i kommunene og andre undersøkelser har gitt viktig informasjon om hvor det har vært behov for å rette innsatsen under pandemien, men også når vi en gang kommer tilbake til «normalsituasjon». Betydningen av god tilgang til tjenester, samarbeid mellom tjenester og sosialt nettverk for den enkelte er blitt enda tydeligere enn før.

Referanser

- Barvik, H. & Flåto, M. (2018). *Housing First i Norge. En oppsummering av kunnskap om Housing First-tiltak i Norge*. Bolig for velferd, Rapport 1/2018.
- Barn av rusmisbrukere (2020). *Barn som pårørende under pandemien. Erfaringer fra samtaletilbudet BaRsnakk, etter covid-19-utbruddet i Norge*.
- FHI (2020). *Bruk av cannabis og andre ulovlige rusmidler blant 15–16-åringer*. Notat Folkehelseinstituttet.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S., Andersson, S., Holst, L. S. & Bråthen, K. (2018a). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016*. Fafo-rapport 2018:08
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018b). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport*. Fafo-rapport 2018:44.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2019a). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Tredje statusrapport*. Fafo-rapport 2019:33
- Hansen, I.L.S., Bråthen, K., Aagesen, A. & Lien, L. (2019b). *Bedre livsmestring og sosial inkludering. En behovsanalyse av Blå Kors' gatenære tiltak og Steg for Steg*. Fafo-rapport 2019:10.
- Hansen, I.L, Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge*. Fafo-rapport 2020:02.
- Helsedirektoratet (2020). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Status og anbefalinger til videre satsning etter planperioden – juli 2020*.
- Helsedirektoratet (2020b). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. SAMDATA. Spesialisthelsetjeneste 2019*. Rapport IS 2957.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Prop. 1 S (2020 –2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2021*. (Statsbudsjettet).
- KDI (2020): *Årsrapport 2019 for kriminalomsorgen*
- KoRus Oslo (2019). *Kartleggingsrapport: Kompetanse om eldre, alkohol og legemidler i hjemmetjenesten, Bydel Sagene*. September 2019.
- KoRus Oslo (2020). *Korona og rus – kartlegging uke 42. Spørreundersøkelse om endringer i kommunenes rusmiddel miljø og tjenestetilbud*. Rapport
- Kompetansesenter rus Midt-Norge (2020a). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. 2. statusrapport. Delrapport 2, 2020. Kvalitativ rapport, Eldre 65+*. St. Olavshospital. Universitetssykehuset i Trondheim,
- Kompetansesenter rus Midt-Norge (2020b). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. 2. statusrapport. Delrapport 3, 2020. Kvalitativ rapport, Yngre 18-23 år*. St. Olavshospital. Universitetssykehuset i Trondheim,
- Kompetansesenter rus Midt-Norge (2020c). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. 2. statusrapport. Delrapport 1, 2020. Kvantitativ rapport, Nasjonale resultater*. St. Olavshospital. Universitetssykehuset i Trondheim,
- Helse Stavanger (2020). *Brukerplan. Kommuneundersøkelse 2019*. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR).
- Landheim, A. & Odden, S. (red.) (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport*. Sykehuset Innlandet. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Hilland, G. H., Kalseth, J. & Ådnanes, M. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019; Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF-rapport 2019:01307
- Oslo kommune (2020). *Oslostandard for oppsøkende arbeid med utsatt ungdom*. Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid.
- Oslo Economics og Tyrilistiftelsen (2020). *Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføringen for personer med rusmiddelproblematikk*. Utarbeidet for Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- SINTEF (2020). *Situasjonen i kommunalt psykisk helse og rusarbeid i april 2020*. Notat til Helsedirektoratet.
- Pasient- og brukerombudene (2020). *Psykisk helsearbeid i kommunene. Felles fokusområde 2019 for landets pasient- og brukerombud. Oppsummering og anbefalinger*. 07.05.2020.
- Åkerblom, K.B., Agdal, R. & Haakseth, Ø. (2020). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon?* Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2020:1.

Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Dette er den fjerde statusrapporten for evalueringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Vi presenterer årlige statusrapporter i planperioden og en endelig resultatevaluering i 2021. Grunnlagsrapporten – den første statusrapporten – ble offentliggjort i april 2018 (Hansen mfl. 2018a), den andre i desember 2018 (Hansen mfl. 2018b) og den tredje i desember 2019 (Hansen mfl. 2019).

Det er etablert et omfattende indikatorsett for å kunne vurdere måloppnåelse i opptrappingsplanen. Denne statusrapporten gir en måling på dette indikatorsettet tre år etter at opptrappingsplanen ble iverksatt. Videre gis det en vurdering av utviklingen i lys av et omfattende kvalitativt materiale.



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2020:29
Bestillingsnr.: 20764